Die Münch. Med. Wochenschr. erscheint wöchentl. in Nummern von durchschnittlich 4—4½ Bogen Preis in Deutschl. u Oest-Ungarn vierteljährl. 6 ℳ, ins Ausland 7.50 ℳ. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustrasse 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 10. 7. März 1899. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20. 46. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem Altonaer Krankenhause.

Ist es nothwendig, Anginakranke zu isoliren?*)

Von Dr. *du Mesnil de Rochemont*, Oberarzt der medicinischen Abtheilung.

Seitdem man sich daran gewöhnt hat, in dem Klebs-Löffler'schen Bacillus die Ursache der Diphtherie zu sehen, wird im Allgemeinen zur Beurtheilung einer Angina die bacteriologische Untersuchung des Belages als maassgebend betrachtet und zwar derart, dass, falls der Diphtheriebacillus mikroskopisch und durch Cultur sich nicht nachweisen lässt, man die Halsentzündung als eine gutartige nicht ansteckende auffasst und die Prognose als eine günstige bezeichnet. Allerdings sind gewisse Ausnahmefälle allgemein anerkannt, in denen das klinische Bild ausschlaggebend ist; so dürfen solche Kranke, bei denen die Tonsillen und übrigen Halsorgane klinisch völlig intact erscheinen, bei denen aber trotzdem aus dem Tonsillenschleim die Löffler-schen Bacillen rein gezüchtet werden können, nicht als diphtheriekrank angesehen werden, denn es ist ja bekanntlich auch bei vollständig Gesunden, die auch in der Folgezeit nicht an Diphtherie erkrankten, der Löfflerbacillus wiederholt auf der Rachenschleimhaut nachgewiesen (Loeffler, v. Hoffmann, C. Fraenkel, Feer, Park u. A.). Ferner begegnen wohl jedem Arzt, der über ein grösseres Diphtheriematerial verfügt, Fälle, bei denen im Hals nur ganz leichte Röthung oder auch keinerlei pathologische Erscheinungen zu constatiren sind, bei denen die bacteriologische Untersuchung ein negatives Resultat ergibt, aber die Folgeerscheinungen (Herzparalyse, Lähmungen etc.) die Diagnose «Diphtherie» sichern. Auch bei ausgesprochener Angina oder klinisch typischer Rachendiphtherie, bei der keine Löfflerbacillen gefunden wurden, ist öfter die diphtheritische Natur derselben erst durch die Folgen klargestellt worden. Eine gute Illustration dieser Verhältnisse gibt die Beobachtung Aaser's[1]), der unter 89 Soldaten 17 fand, die vollvirulente Diphtheriebacillen in ihrem Rachenschleim hatten, von ihnen bekam einer eine typische Diphtherie, zwei eine einfache Angina catarrhalis, endlich ein vierter, ohne dass er einen Belag im Halse gezeigt hätte, eine postdiphtheritische Accommodationsparese.

Ferner ist zu den erwähnten Ausnahmefällen ein Theil der schweren gangraenösen und septischen Diphtheriefälle zu rechnen, bei denen es nicht mehr gelingt, in den Membranen den specifischen Mikroorganismus zu finden, weil die secundär sich ansiedelnden Bacterien denselben derartig überwuchern, dass er unter dem Pilzrasen geradezu erstickt; zwei derartige Fälle von gangraenöser Diphtherie, bei denen auch post mortem der bacteriologische Nachweis der Löfflerbacillen nicht gelang, sind in den letzten Jahren auf der hiesigen Infectionsabtheilung zur Beobachtung gekommen.

Es sollte demnach bei der Beurtheilung einer Halskrankheit in Bezug auf Diagnose und Therapie wie früher so auch jetzt in erster Linie das klinische Bild und die Beobachtung des klinischen Verlaufs maassgebend bleiben, es ist gerade bei der Entscheidung über die therapeutisch anzuwendenden Maassnahmen nicht angängig, die bacteriologische Untersuchung auf Diphtheriebacillen einzig und allein in den Vordergrund zu stellen, und, wie vielfach verfahren wird, Alles, bei dem der Löfflerbacillus nachweisbar ist, als Diphtherie, und Alles, bei dem derselbe nicht gefunden wird, als nicht diphtherisch zu behandeln. Selbstverständlich muss bei klinisch zweifelhaften Fällen, besonders bei den leichteren, der Angina follicularis ähnlichen Formen die bacteriologische Untersuchung zu Hilfe gezogen werden, deren negativer Ausfall uns in der Ausschliessung von Diphtherie aber nicht ganz sicher machen darf (es werden zuweilen bei der zweiten und dritten Untersuchung noch Diphtheriebacillen gefunden, wenn die erste negativ ausgefallen), aber die Frage der Behandlung klärt. Den seltenen Fällen, in denen trotz anfänglich abweichendem klinischem Bild und negativem bacteriologischen Befunde der spätere Verlauf die Diphtherie erkennen lässt, stehen wir bis jetzt machtlos gegenüber, hoffentlich wird einmal die Serodiagnostik uns in diesen Fällen zur Hilfe kommen.

Wie die Therapie heutzutage von der Diagnose, ob Diphtherie oder nicht, abhängig ist, so pflegt es auch mit der Prognose gehalten zu werden, man hegt im Allgemeinen die Auffassung, dass das grosse Heer der Anginen ziemlich harmloser Natur ist und den Träger nicht erheblich schädigt, man stellt die Prognose günstig, nachdem Diphtherie ausgeschlossen ist. Dieser Standpunkt ist aber in neuerer Zeit etwas in's Schwanken gerathen; in der Literatur der letzten Jahre mehren sich die Berichte von schweren Krankheiten, die im Gefolge von einfachen Anginen beobachtet wurden. Dass der locale Process durch Uebergreifen auf die Umgebung zu lebensgefährlichen Phlegmonen, Angina Ludovici, Retropharyngealabscess Veranlassung geben kann, ist seit Langem bekannt, erst neuerdings dagegen hat man darauf geachtet, dass Schädigungen anderer Organe oder auch Allgemeininfectionen von einer einfachen Angina ihren Ausgangspunkt nehmen können. In einem gewissen Procentsatz der Halsentzündungen beobachtet man Albuminurie, die meistens vorübergehend ist, das eine oder andere Mal aber auch zu einer schweren Nephritis führt. So fand Heinze[2]) z. B. bei 1261 Anginen der Leipziger Klinik 38 Fälle von Nephritis = 3,1 Proc., deren Verlauf im Ganzen nicht ungünstig war, indem der grösste Theil binnen Kurzem vollständig ausheilte, andere aber heilten erst nach mehreren Monaten, wieder andere wurden nur gebessert und einer kam sogar ad exitum. Eine ziemlich häufige Erscheinung im Gefolge von Halsentzündung ist das Auftreten von Exanthemen (Erythema exsudativum, nodosum, Urticaria) (Rosenthal[3]), Boeck[4]), Garrod[4]), Fowler[4]), Stewart[4]), Lasègue[4]), Bull[5])), Purpura (Raoult[6]), Le Gendre[7])), Erysipelas

*) Vortrag, gehalten im Altonaer ärztlichen Verein am 8. Februar 1899.

[1]) Deutsche med. Wochenschr. No. 22, 1895.

[2]) I.-D. Berlin 1897.

[3]) I.-D. Berlin 1896.

[4]) Tidsch. f. pr. Med. 1882.

[5]) Tidsch. f. pr. Med. 1883.

[6]) Union med. 1892.

[7]) Union med. 1892.

(Samter[8]), ferner wird als Folgeerscheinung Orchitis und Oophoritis (Joal[9]), Pleuropneumonie (Constantinescu[10]), Strabismus convergens und Paraplegie (Bourges[11]) beschrieben, Buschke[12]) erwähnt das Auftreten acuter Osteomyelitis nach Angina und eine grosse Reihe von Autoren (Lexer[13]), A. Fraenkel[14]), Jessen[15]), Metzger[16]), Richardière[17]), Petersson[18]), Hanot[19]), Fischer[20]), Heddaeus[21])) haben Angina als Ausgangspunkt pyämischer und septischer Erkrankungen beobachtet. Am häufigsten ist, besonders in neuester Zeit, die Angina als Einleitung eines Gelenkrheumatismus beschrieben worden (Boeck l. c., Groedel (21 Fälle)[22]), Bull l. c., Boeck (5 Fälle)[23]), Buss (11 Fälle)[24]), Freudenthal[25]), Suchannek[26]), Dalton[27]), Le Gendre l. c., Bloch[28]) und von einem Theil der Autoren wird die Tonsille als eine der häufigeren Eingangspforten des Rheum. artic. acut. angenommen. Für den aetiologischen Zusammenhang beider Erkrankungen wird auch als Beweis in's Feld geführt der Befund derselben Mikroorganismen im Gelenkexsudat und den Belägen der Angina (pyogene Coccen, bes. Staphylococcen, zuweilen Pneumococcen), aber bei derartigen Annahmen erscheint doch einige Vorsicht am Platze, da der Nachweis der erwähnten Bacterien auch in der normalen Mundhöhle gelingt, ferner bei der Häufigkeit der gefundenen Mikroorganismen auch eine reine zufällige Ansiedelung an zwei verschiedenen Orten denkbar wäre und der bacteriologische Befund bei der Angina keineswegs ein einheitlicher ist. Allerdings neigt man sich schon seit Langem zu der Auffassung, dass die Mandelentzündung stets einer Infection mit Mikroorganismen ihren Ursprung verdanke, und man hat sich bemüht, auf dem Wege der Reincultur das bacterielle Virus zu isoliren.

Ueber Bacterienbefunde bei Angina liegen in der Literatur eine grosse Zahl von Berichten vor, eine kurze Aufführung der Befunde zeigt uns die Mannigfaltigkeit der Flora bei Halsentzündungen, lässt uns aber zugleich den Schluss ziehen, dass ganz bestimmte Mikroorganismen und zwar die Eiterbacterien bei Weitem das grösste Contingent bilden.

B. Fraenkel[29]) fand Staphylococc. aur. alb. und einen die Gelatine nicht verflüssigenden; Gabler[30]) den Fraenkel'schen Kapselcoccus; Herzberg[31]) Staphylococc. aur. und Streptococcus pyog.; Veillon[32]) (22 Fälle) Streptococc. pyog. 22 mal, Pneumococcus 16 mal, Staphylococcen 2 mal; Sedziak[33]) (30 Fälle) Pseudodiphtheriebac. 7 mal, Staphylococc. u. Streptococcen 10 mal, Streptococcen 3 mal, Streptococcen und Staphylococcen 10 mal; Meyer[34]) Streptococcen meistens, Staphylococcen, Pneumococcen; Nikoll[35]) Streptococcen, Staphylococcen, Pneumococcen; Severn[36]) Staphylococc. aur. u. alb., Streptococcen; Stoos[37]) (78 Fälle) Streptococcen, Staphylococcen, Pneumococcen, selten Friedl. Bac. Tetragenus, Conglomeratus; Lemoine[38]) (128 Fälle) Streptococcus pyog. 128 mal, 11 Fälle mit Staphylococcen, 5 Fälle mit Colibacillus.

Aehnliche Erfahrungen, wie die in der Literatur niedergelegten, haben auch wir gemacht, beispielsweise wurden unter den letzten 60 Anginafällen, die bacteriologisch untersucht wurden, 32 mal Staphylococcen, 16 mal Staphylococcen mit Streptococcen, 1 mal Staphylococcen mit Pneumoniediplococcen, 8 mal Diplococcen, 3 mal Diplococcen und Streptococcen gefunden.

Es kann nach den angeführten Untersuchungsresultaten wohl keinem Zweifel mehr unterliegen, dass der Streptococcus pyogenes und der Staphylococcus in der Regel bei dem Zustandekommen der Angina betheiligt sind, dafür spricht die Häufigkeit des Befundes, wenn auch die blosse Anwesenheit nicht dafür beweisend ist, dass sie das eigentliche aetiologische Moment für die Entstehung der Halsentzündung bilden. Dass aber die Angina auf Infection beruht, dafür spricht, abgesehen von dem constanten Bacterienbefund, noch der Umstand, dass öfter ein epidemisches Auftreten derselben beobachtet wird. Darauf machte schon 1886 B. Fraenkel auf Grund der Beobachtung von Hausepidemien aufmerksam und sprach sich für Isolirung der Angina als einer übertragbaren Infectionskrankheit aus.

Die Beobachtung von Familien- und Hausepidemien ist seit jener Zeit nichts Seltenes mehr, wohl jedem Arzt begegnet es das eine oder andere Mal, dass mehrere Glieder einer Familie von Angina gleichzeitig befallen werden und auch in der Literatur sind derartige Beobachtungen mitgetheilt worden. So beschreibt Cardew[39]) eine Epidemie folliculärer Angina, in der im Laufe von 2 Monaten 35 Zöglinge einer Pension erkrankten; Wolberg[40]) erwähnt 3 Fälle, die gleichzeitig bei Kindern einer Familie auftraten (dieselbe Beobachtung wurde im hiesigen Krankenhause des öfteren, zuletzt noch vor einigen Wochen gemacht); Thresh[41]) beschreibt eine Anginaepidemie, Rassmussen gibt an, ein gehäuftes Auftreten von Angina unter den Patienten im Spital beobachtet zu haben, besonders bei solchen, die an Polyarthritis und fieberhaften Krankheiten litten. Busquet[42]) sah in einer Nacht bei einer in einer Baracke untergebrachten Compagnie 11 Anginafälle, während bei den übrigen 8 in Zelten lagernden Compagnien nur 3 Fälle vorkamen; er führt die Erkrankungen auf den Staub der Baracke zurück, in dem bacteriologisch reichliche Streptococcenketten nachweisbar waren. Severn[43]) theilt eine Epidemie von Angina follic. mit, die durch den Genuss von Milch entstanden sei; sowohl in der Milch, wie in den Tonsillenbelägen wurden als Erreger Staphylococcus aur. alb. und der Streptococcus pyogenes nachgewiesen.

XV. XVa. XVI. Arzt Apotheke Privatzimmer Schwesternzimmer XIX. XX.

Ein gehäuftes Auftreten von Angina, das den Charakter einer Epidemie trug, kam auch vor Kurzem im Altonaer Krankenhause zur Beobachtung; unter den Kranken der weiblichen medicinischen Abtheilung traten zahlreiche Anginafälle auf und zwar nur auf 5 an einem Corridor gelegenen Sälen, deren Lage und Belegung aus der beigefügten Skizze ersichtlich ist.

Auf den anderen Abtheilungen wurden während der Dauer der Epidemie Anginen nicht beobachtet, abgesehen von den mit dieser Krankheit zur Aufnahme gekommenen Patienten, die, wie bei uns schon seit Langem üblich, auf der Infectionsabtheilung isolirt wurden. Ihren Ausgang nahm die Epidemie von einer Pat. P. (*), die wochenlang wegen eines Rheumatismus art. ac. auf Saal 19 verpflegt war und im Bette liegend ohne nachweisbaren Grund im April vorigen Jahres eine Angina acquirirte; im Mai bekam sie spontan einen Bubo inguinalis sin., der operirt werden musste,

---

8) Berl. klin. Wochenschr. 1891.
9) Arch. gén. de méd. 1886.
10) Thèse de Paris 1892.
11) Arch. de méd. exp 1895.
12) Deutsche Zeitschr. f. Chir. 38.
13) Arch. f. klin. Chir. 44.
14) Deutsche med. Wochenschr. 1894.
15) Münch. med. Wochenschr. 1898.
16) Berl. klin. Wochenschr. 1889.
17) L'union méd. 1893.
18) Upsal. laek. foerhandl. XII.
19) Gaz. des hosp. 1891.
20) Mitth. schlesw.-holst. Aerzte 1899, 4.
21) Münch. med. Wochenschr. 1897.
22) Deutsche med. Wochenschr. 1896.
23) Tidsch. f. pr. med. 1884.
24) Arch. f. klin. Med. 54.
25) Med. Rec. 1895.
26) Bresg. Samml. I.
27) Brit. Journ. 1890.
28) Münch. med. Wochenschr. 1898.
29) Berl. klin. Wochenschr. 1886.
30) Sperim. 1889.
31) I.-D. Dorpat 1893.
32) Arch. d. m. exp. 1894.
33) Arch. f. Laryng. 1894.
34) Arch. f. Laryng. 1896.
35) Glasg. m. Journ. 1896.
36) Lancet 1897.
37) Basel, Sallmann 1895.
38) Annales de l'inst. Pasteur 1895.
39) Brit. med. Journ. 1882.
40) Gaz. lekarska 1892.
41) Lancet 1895.
42) Gaz. hebdom. 1897.
43) Lancet 1897.

im Juni ein Recidiv des Gelenkrheumatismus, an dem sie bis zum September laborirte. Am 28. September trat ein Recidiv der Angina mit folliculärem Charakter auf, bei der bacteriologisch nur der Staphylococcus aur. gefunden wurde und die sich durch Wochen hinzog. Am 2. November erkrankte dann die im übernächsten Bett liegende Pat. W. (1) an Angina, und dieser folgten zahlreiche andere Patientinnen, deren Reihenfolge aus den Zahlen des Situationsplanes und den nachfolgenden kurzen Krankheitsnotizen ersichtlich ist.

1. W., 45 J. Aufgenommen 6. VII. 1898 mit Insuff. valv. mitr. Myocarditis, Ascites, Anasarka, bettlägerig. 2. XI. Schüttelfrost, Angina catarrh. 39,0 Temperatur. 5. XI. fieberfrei. 15. XI. Rheumatismus artic. acut.

2. W., 24 J. Aufgenommen 19. IX. mit Ulcus ventriculi. 29. X. Aufstehen. 7. XI. Angina follic. 38,9. 10. XI. fieberfrei, Aufstehen.

3. D., 18 J. Aufgenommen 19. X. mit Ulcus ventric. Haematemesis 1. XI. Aufstehen. 11. XI. Angina catarrh. 39,9. 15. XI. geheilt.

4. K., 72 J. Aufgenommen 5. X. Myocarditis, Arteriosklerosis, Oedema, Anasarka, bettlägerig. 13. XI. Angina lacunaris 39,8, bedrohliche Herzschwäche. 15. XI. fieberfrei. 17. XI. Rheumat. art. acut. genu 38,1. 23. XI. Gelenk frei, fieberfrei. 30. XI. Angina lacunaris 38,5. 3. XII. Herzschwäche, Nephritis. 4. XII. Rheumat. art. ac. (rechter Arm und Schulter) 39,6. 10. XII. Pericarditis. 12. XII. Exitus letalis.

5. P., 26 J. Aufgenommen 28. X. Catarrh. pulmon. 13. XI. Angina catarrh 38,1. 16. XI. fieberfrei.

6. T., 20 J. Aufgenommen 1 XI. Pneumonia crouposa. 5 XI. fieberfrei. 14. XI. Angina follic. 39,9. 16. XI. fieberfrei.

7. G., 21 J. Aufgenommen 6. X. Pneumonia crouposa. 5. XI. fieberfrei. 14. XI. Angina follic. 39,8. 17. XI. fieberfrei.

8. P., 21 J. Aufgenommen 20. X. Endometritis, fieberfrei. 15. XI. Angina follic 38,6.

9. J., 21 J. Aufgenommen 5. XI. Cholelithiasis. 10. XI. fieberfrei. 19. XI. Angina lacun. 39,5. 21. XI. fieberfrei.

10. T., 20 J. Aufgenommen 28. X. Hysteria. 21. XI. Angina catarrh.

11. P., 20 J. Aufgenommen 9. XI. Pleuritis sicca. 18. XI. Aufstehen. 23 XI. Angina follic. 38,4. 26. XI. fieberfrei.

12. G., 23 J. Aufgenommen 10. XI. Ulcus ventric. Haematemesis. 23. XI. Angina lacunar. 39,9. 25. XI. fieberfrei.

13. U., 19 J. Aufgenommen 8. XI. Chlorosis. Aufstehen. 23. XI. Angina follic. 39,9. 26. XI. fieberfrei.

14. Q., 21 J. Aufgenommen 29. IX. Cystitis purulenta, fieberfrei. 27. XI. Angina lacun. 39,2. 29. XII. fieberfrei.

15. L., 17 J. Aufgenommen 3 XI. Rheum. art. chron., Insuff. valv. mitral., fieberfrei. 27. XI. Angina follicul. 39,2. 30. XI. fieberfrei.

16. P., 20 J. Aufgenommen 24. XI. Pleuritis sicca, fieberfrei. 27. XI. Angina lacun. 40,2. 30. XI. fieberfrei.

17. R., 40 J. Aufgenommen 17. XI. Dyspepsia nervosa, fieberfrei. 1. XII. Angina follic. 39,6. 5. XII. fieberfrei.

Dazu kommt:

18. Schwester F. Stationsschwester von Saal 19/20, die Mitte November eine Angina acquirirte, der Mitte December ein acuter Gelenkrheumatismus mit Endocarditis folgte, von dem Patientin nur langsam genesen ist.

Es sind also im Laufe eines Monats 18 Fälle von Angina auf einer Abtheilung, die im Ganzen mit 67 Patienten im Verlauf des Monats belegt war, beobachtet worden, d. h. 27 Proc. aller Kranken acquirirten die Krankheit. (Zu diesen kamen im Verlaufe der folgenden zwei Monate noch 19 [44]) weitere Fälle hinzu.) Der hohe Procentsatz und das Beschränktbleiben auf eine Abtheilung berechtigt uns, das gehäufte Auftreten der Angina nicht als ein rein zufälliges aufzufassen, sondern die einzelnen Fälle mit einander in Verbindung zu bringen, so dass wir von einer Anginaepidemie sprechen können.

Auch der Verbreitungsmodus und die Aufeinanderfolge der Erkrankungen sind derartige, dass eine Uebertragung von Einem zum Andern nichts Unwahrscheinliches hat. Die ersten Fälle (*, 1 und 2) kamen in einem Krankensaale (XIX) zur Beobachtung, von diesem wurde der durch eine offenstehende Thür mit demselben communicirende Nachbarsaal XX inficirt und zugleich eine Uebertragung auf die Säle XV und XVI bewirkt durch die Patientin 2, die unmittelbar nach Abheilung ihrer Angina sich, da sie gern Wärterin werden wollte, in ihrem eigenen und in den erwähnten Krankensälen durch Handreichungen nützlich zu machen suchte. Der Saal XV b, der zuletzt inficirt wurde, steht mit dem Saal XVI durch eine offene Thür in Verbindung.

[44]) Auch jetzt ist trotz sorgfältigen Desinfectionsmaassregeln die Epidemie noch nicht erloschen; so erkrankten z. B. im Laufe einiger Tage von 9 Kranken des Saales XV 6 neuerdings an Angina.

Das klinische Bild der Anginafälle bot nichts von der Norm Abweichendes: Die Patientinnen klagten in der Regel zuerst über Kopf- und Nackenschmerzen, dazu gesellten sich dann Schlingbeschwerden; stets war Fieber vorhanden, z. Th. bis 40° und darüber reichend, in einzelnen Fällen mit Schüttelfrost einsetzend. Die objectiven Veränderungen an den Tonsillen zeigten die verschiedensten Erscheinungsformen der Angina, von der einfachen Röthung und Schwellung der Mandeln, der folliculären und lacunären Form bis zum dicken gelblichen oder grüngrauen festanhaltenden Belage auf stark entzündetem Grunde, die mit diphtheritischen Membranen verwechselt werden konnten; auch Schwellung des peritonsillären Gewebes und starke schmerzhafte Submaxillardrüsenschwellung kam in einzelnen Fällen zur Beobachtung. Alle irgendwie verdächtigen Beläge wurden auf Diphtheriebacillen bacteriologisch untersucht, stets mit negativem Erfolge; auch wurde auf eventuelle specifische Mikroorganismen gefahndet, jedoch wurden nur bekannte Bacterien gefunden, meistens Staphylococcen, z. Th. in Reincultur, in der Regel gemischt mit Streptococcen, einige Male mit feinen Streptobacillen, die auf allen gebräuchlichen Nährböden wuchsen, Bouillon nicht trüben, für Meerschweinchen nicht pathogen sind, so dass es sich wohl um harmlose Bacterien handelt, die mit der Aetiologie der Angina nichts zu thun haben. Auch der Staub des zuerst inficirten Krankensaales wurde bacteriologisch untersucht, jedoch ohne Erfolg, es wurde nur der Bac. subtilis gefunden.

Wenn sich somit auch keine einheitliche aetiologische Basis für das gehäufte Auftreten der Anginafälle nachweisen liess, so haben wir doch aus demselben bestätigt gefunden, dass es eine epidemisch auftretende Halsentzündung (nicht diphtheritischer Natur) gibt, wir haben zudem gesehen, dass schwere Folgekrankheiten mit einer solchen verbunden sein können — es wurde in unserer Epidemie 3 mal Gelenkrheumatismus, je 1 mal Nephritis, Pericarditis, Endocarditis, bedrohliche Herzschwäche beobachtet — Grund genug dafür, dass wir auch in Zukunft fortfahren werden, jede zur Aufnahme kommende Angina auf der Infectionsabtheilung zu isoliren.

Aus dem Institut für Gynäkologie zu Bukarest.

Ueber breite Amputation mit nachfolgender Autoplastik bei Brustkrebs.

Von Professor Dr. *Assaky* in Bukarest.

Der Brustkrebs ist in seinem Beginn eine rein locale Erkrankung. Eine frühzeitige und ausgiebige Operation eröffnet die Aussicht auf dauernde Heilung.

Unser ganzes Bestreben geht dahin, bei unserem chirurgischen Vorgehen nicht nur in gehöriger Entfernung von den sichtbaren Grenzen der Erkrankung zu bleiben, sondern auch gleichzeitig jene Gewebe zu entfernen, welche histologisch ergriffen sein könnten zu einer Zeit, wo dies sich noch durch kein klinisches Zeichen kundgibt.

Die bekannte Operationsmethode nach W. S. Halsted ist diejenige, welche thatsächlich die ergiebigste Abtragung des Brustdrüsengewebes und seines hauptsächlichsten Lymphgefässsystems im Zusammenhang, die vollständigste Ausräumung der Achselhöhle und die bequemste Freilegung der axillaren Gefässe und Nerven ermöglicht.

Der kleine dreieckige Hautlappen, welchen Halsted durch Präparation isolirt und an seinem Platze zurücklässt, könnte indessen doch wohl in lymphatischer Verbindung mit dem Krankheitsherd stehen. Andrerseits ist bei einigermaassen ausgedehnten Krebsen die Erhaltung des Lappens nicht möglich. Ueberdies heilt die Operationswunde per secundam intentionem, was zu Recidiven Anlass geben kann.

Mittels eines von H. Graeve[1]) und Legueu[2]) angewendeten operativen Kunstgriffs kann man nun den Hautdefect nach der Halsted'schen Operation vollständig decken.

[1]) Centralblatt f. Chirurgie, 1898, No. 40.

[2]) L'autoplastie par la region mammaire par P. Cornilus. Thèse de Paris. December 1898.

Die Operationsmethode, zu der ich, angeregt durch die von den oben genannten Autoren entwickelten Grundsätze gelangt bin, umfasst folgende Abschnitte:

1. Ovalärschnitt der Hautdecken, dessen Basis sich in gehöriger Entfernung von der Geschwulst hält, und dessen Spitze sich mit einer Verlängerung am Rand des Pectoralis major entlang bis zum obern innern Theil des Biceps brachii erstreckt. (Figur 1.)



Fig. 1.

2. Resection der Brustbündel des Pectoralis maj. und systematische Ausräumung der Achselhöhle, Abtragung aller verdächtigen Gewebe im Ganzen, ebenso wie dies bei der Halsted'schen Operation geschieht.

3. Naht des oberen Endes, des Achseltheiles, der Wunde und Gegenincision an der tiefsten Stelle der Achselhöhle behufs Drainage der Wundhöhle.

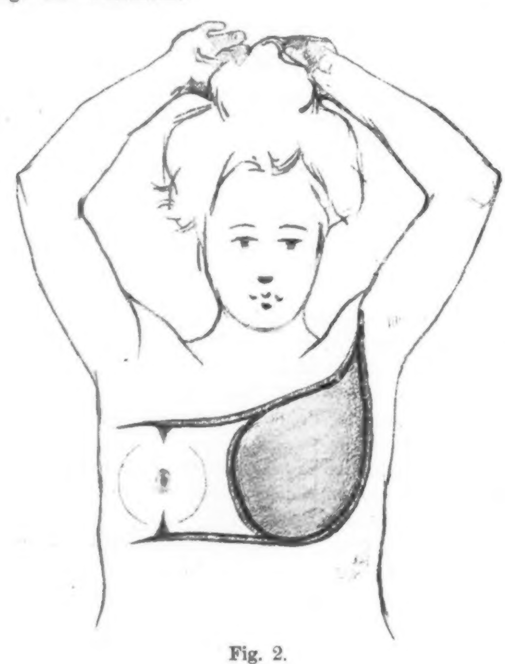


Fig. 2.

4. Bildung eines autoplastischen Lappens. Zwei parallele Horizontalschnitte gehen vom obern und untern Pol der restirenden abgerundeten Wundfläche aus gegen die Achsel der anderen Seite und umschreiben einen viereckigen Lappen, welcher die Brustdrüse der gesunden Seite enthält. (Fig. 2.) Zwei kurze, verticale Incisionen schneiden die Mamma gegen die Mitte zu ein.

Der Lappen wird gelöst, mobilisirt und in Berührung mit dem axillaren Wundrand gebracht (Fig. 3). Unter diesem Zug breitet sich die incidirte Brust (Haut und Drüse) aus und man gewinnt den Ueberschuss an Haut, welcher in der Wölbung der Brust enthalten war. Man kann die Ausbreitung der Brust mit der transversalen Spaltung eines aus zwei Blättern bestehenden Organs vergleichen.

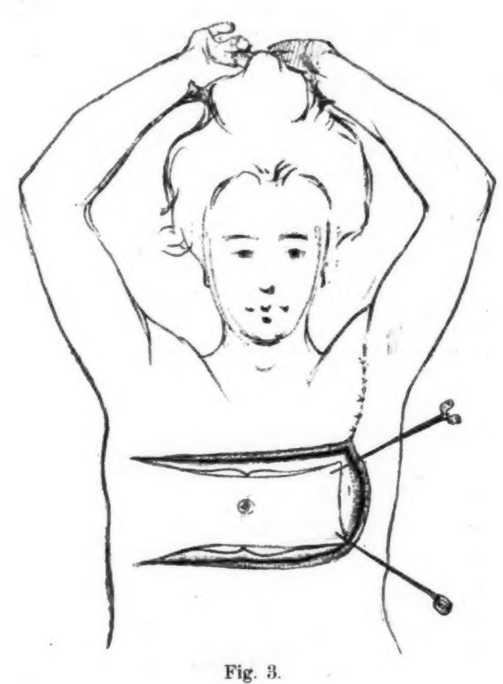


Fig. 3.

5. Annähen des Lappens an die drei Seiten der horizontalen Wundfläche.

Worin bestehen nun die Nachtheile dieser Operation? In der wenig aesthetischen Wirkung der Verlagerung der Brust und in dem Umstande, dass leicht einige Fäden an der Oberfläche des freien Randes durchschneiden, wenn es sich um einen etwas ausgedehnten autoplastischen Lappen handelt.

Ich übergehe den ersten Misstand, der niemals ernstlich in Betracht kam.

Wenn die Loslösung des Lappens, welche auf der Muskelfläche stattfindet und manchmal noch die oberflächlichen Bündel der Pectoralis major anschneidet, genügend ist, so ist die elastische Retraction desselben wenig ausgesprochen und die Nähte halten die mässig gespannten Partien zusammen. Nichtsdestoweniger sieht man zuweilen die Fäden in den Ecken nachgeben, und ich sah bei einer Frau, die ich kürzlich operirte und bei der der autoplastische Lappen 36 cm in der Länge maass, längs des axillaren Randes eine ungefähr 1 cm breite gangraenöse Zone, welche aber durchaus oberflächlich war und eine Trennung der Wundränder nicht nach sich zog. Die tiefe Vereinigung war vollkommen.

Selbstverständlich ist es nöthig, sich vor Ausführung der Operation zu vergewissern, dass die andere Brust gesund ist, und dass sich nicht aus dem Gesammtzustand Gegen-Indicationen ergeben, welche die Lebensfähigkeit der durch die Autoplastik aufgepropften Gewebe beeinträchtigen könnten.

Die Operation ist zu widerrathen, wenn die Erkrankung nahe der Mittellinie, zwischen den Brustwarzen sitzt, ferner beim Hautkrebs, selbst wenn klinische Zeichen nicht vorhanden sind, welche das Ergriffensein der anderen Seite befürchten lassen könnten.

Ein pathognomisches Symptom der functionellen (hysterischen) Extremitätenlähmung.

Von Dr. *Rudolf v. Hoesslin*, Arzt der Curanstalt Neuwittelsbach bei München.

Die Differentialdiagnose organisch bedingter und functioneller Lähmungen ist in manchen Fällen eine sehr leichte, in anderen sehr schwierig. Während Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, Fehlen der oberflächlichen oder tiefen Reflexe, pathognomische Contracturstellungen und andere sichere Zeichen einer organischen Laesion auch bei dieser fehlen können, sind auf der andern Seite Stigmata, die uns eine Lähmung von vornherein als eine functionelle erscheinen lassen, durchaus nicht immer nachzuweisen. Die charakteristischen Stigmata der Hysterie, die concentrische Gesichtsfeldeinengung, die Hemianaesthesien oder Anaesthesien in geometrischen Abschnitten, die hysterischen Hyperaesthesien und hysterogenen Zonen, alle diese und andere so vielfach beschriebenen Symptome der Hysterie können fehlen und trotzdem sind Paresen oder Paralysen einer oder mehrerer Extremitäten vorhanden, deren Charakter oft schwer mit Sicherheit festzustellen ist, wenn wir sie auch nach sorgfältiger differentialdiagnostischer Analyse mit Wahrscheinlichkeit als functionelle Lähmungen erkennen.

Ich habe nun nach einem pathognomischen Symptom dieser functionellen Lähmungen gesucht, und ein solches aufgefunden, welches mich jetzt mit Leichtigkeit die Differentialdiagnose in wenigen Minuten stellen lässt.

Zur Prüfung dienen mir: 1. Widerstandbewegungen mit plötzlich nachlassenden Widerstand, und 2. die Untersuchung des Contractionszustandes derjenigen Muskeln, welche bei intendirten Bewegungen als Antagonisten wirken.

Zur ersten Prüfung lasse ich die paretische Extremität oder ein Glied derselben flectiren, respective extendiren, während ich dieser Bewegung einen dem Grad der Parese angepassten Widerstand entgegensetze. Bei einer Parese der unteren Extremitäten z. B. lasse ich, während ich die ganze Extremität mit leicht gebeugtem Knie frei halte, entweder im Liegen oder im Sitzen eine Extensionsbewegung im Kniegelenk ausführen. Der Streckung des Unterschenkels setze ich aber durch einfaches Aufdrücken der flachen Hand einen Widerstand entgegen, der immer nur so gross sein darf, dass der Kranke ihn bei der auszuführenden Bewegung leicht überwinden kann.

Während nun der Patient extendirt und meinen Widerstand zu überwinden sucht, lasse ich den Widerstand plötzlich nicht mehr einwirken. Bei jeder durch organische Laesionen bedingten Parese schnellt nun das betreffende Glied beim plötzlichen Aufhören des Widerstandes federartig in der Richtung der intendirten Bewegung.

Bei functionellen Paresen dagegen tritt diese schnellende Bewegung nicht ein, es wird im Gegentheil die Bewegung in dem Augenblick gehemmt, in welchem der Widerstand aufhört und erst nach kurzer Pause wieder in der intendirten Richtung hin fortgesetzt. Die natürliche Ursache dieses Phänomens liegt darin, dass bei allen diesen Kranken mit functionellen Lähmungen beim Versuche, eine Muskelbewegung mit dem paretischen Körpertheil auszuführen, gleichzeitig die Antagonisten contrahirt werden. Lässt man, um beim gleichen Beispiel zu bleiben, eine Extension des Unterschenkels im Kniegelenk vornehmen, während durch die aufgelegte Hand der Streckung ein Widerstand entgegengestellt wird, so kann constatirt werden, dass nicht nur die Streckmuskulatur am Oberschenkel, also der M. quadriceps, sich in Contraction befindet, sondern dass gleichzeitig die Beugemuskeln auf der hinteren Seite des Oberschenkels contrahirt werden. Es werden also neben denjenigen Muskeln, welche die Bewegung ausführen sollen, auch die Antagonisten derselben in paradoxer Weise contrahirt, paradox deswegen, weil dadurch die Ausführung der intendirten Bewegung gehemmt wird. Ich heisse aus diesem Grund das Phänomen: **paradoxe Contraction der Antagonisten.**

Auf dem Nachweis der paradoxen Contraction der Antagonisten beruht die zweite Prüfung zur Differentialdiagnose functioneller und organisch bedingter Laesionen. Während eine bestimmte Bewegung verlangt wird, prüft man den Contractionszustand derjenigen Muskeln welche bei der betreffenden Bewegung als Antagonisten wirken.

Treten starke Contractionen in den Antagonisten ein, so hat man es mit einer functionellen Lähmung zu thun.

Eine Ausnahme von dieser Regel habe ich bei diesen beiden Prüfungen, die ich seit ungefähr 4 Jahren bei allen Extremitätenlähmungen anstellte, die ich in dieser Zeit zu untersuchen Gelegenheit hatte, nicht gefunden; d. h. also, war eine paradoxe Contration der Antagonisten vorhanden, fehlte beim Aufhören des Widerstandes eine schnellende Bewegung in der intendirten Richtung, so erwies sich die betreffende Parese auch im weiteren Verlauf der Untersuchung als eine functionelle (hysterische).

Am leichtesten ist die Prüfung dann anzustellen, wenn die Lähmung einer Extremität keine complete ist, wenn nur eine Parese besteht, oder wenn, wie bei der Abasie und Astasie, die Bewegungen im Bette ohne Schwierigkeit ausgeführt werden können. Ebenso ist das Symptom leicht nachweisbar bei den vielen hysterischen Lähmungen vorausgehenden oder sie begleitenden Amyosthenien.

Da diese Amyosthenien auch an denjenigen Muskelgruppen, welche nicht von der Lähmung befallen sind, bei hysterischen Lähmungen kaum fehlen, so können wir diesen differentialdiagnostischen Kunstgriff auch anwenden, wenn in Folge einer completen Lähmung einer Extremität weder deren Verhalten gegenüber einem plötzlich nachlassenden Widerstand bei activer Bewegung, noch auch der Contractionszustand der Antagonisten geprüft werden kann. Hier werden wir dann an anderen nicht paralytischen, sondern nur paretischen oder amyosthenischen Extremitäten die Prüfung vornehmen und sehen, dass sie entscheidend ausfällt, wenn die betreffende Lähmung eine hysterische ist. Ganz besonders charakteristisch ist das Symptom bei Simulanten; hier sieht man sofort, wie am scheinbar paretischen Glied statt derjenigen Muskeln, welche sich bei einer intendirten Bewegung contrahiren müssten, hauptsächlich deren Antagonisten sich contrahiren.

Nicht verwerthet kann das Symptom werden, wenn alle 4 Extremitäten von einer completen Paralyse befallen sind, ferner, wenn in Folge von Bewusstseinsstörung oder grossem Schwachsinn eine bestimmte vorgeschriebene Bewegung überhaupt nicht ausgeführt werden kann. Dass übrigens functionelle, insbesondere hysterische Lähmungen überaus selten alle 4 Extremitäten gleichmässig befallen und auch dann nur segmentale sind, ist eine bekannte Thatsache. Es gibt also nur wenige Fälle von Lähmungen, in welchen unter Anwendung der beschriebenen Prüfung eine differentialdiagnostische Schwierigkeit besteht, dieselben als functionelle zu erkennen.

Ueber Lebermassage.

Von *P. J. Möbius.*

Seit 7 Jahren leide ich an Anfällen von Schmerzen, die in der Mitte des Leibes zu sitzen scheinen und sich von da nach rechts erstrecken, anfänglich nur Stunden, später Tage (bis zu 8 Tagen) dauerten. Die Gelehrten diagnosticiren Gallensteine. Sicher ist die Leber betheiligt, denn in einem Anfalle trat für 2 Tage eine recht schmerzhafte Anschwellung der Leber ein, die dann über den Rippenrand hinausreichte und sich hart anfühlte. Allerdings bin ich nie ikterisch gewesen, auch habe ich keine Gallensteine gefunden, wobei ich allerdings gestehen muss, dass ich die abscheuliche Untersuchung nicht mit der erforderlichen Gewissenhaftigkeit vorgenommen habe. Ferner ist auffallend, dass Gehen und besonders Steigen von nachtheiligem Einflusse ist. Die schlimmsten Anfälle habe ich auf Reisen bekommen, nachdem ich allerhand (kleinere) Berge bestiegen hatte. Jeder längere Weg bewirkt unangenehme Empfindungen in der Lebergegend. Seit 4 Jahren bin ich nie länger als höchstens $^1/_2$ Stunde gegangen. In diesen 4 Jahren ist es mir im Allgemeinen gut gegangen: 1 grösserer Anfall und 4 kleinere. Die objective Untersuchung ergibt normale Verhältnisse. Ich bin im Karlsbad gewesen, gebrauchte Karlsbader Curen zu Hause, bin aber zweifel-

haft, ob das Karlsbader Wasser etwas an meinem Zustande verändere. Gegen die Schmerzen sind Acetanilid (bis 2 g), Phenacetin und ähnliche Mittel ganz wirkungslos, dagegen scheinen Salicylsäure und Salipyrin bei schwachen Anfällen gut zu thun, bezw. den Anfall coupiren zu können; wiederholt habe ich mit ihnen peinliche Empfindungen bekämpft und es ist dann nicht zum Anfalle gekommen. Innerlich gegeben sind auch Opium und Morphium in den üblichen Dosen ziemlich unnütz; allein die Morphiumspritze beseitigt die weniger durch ihre Grösse als durch ihre Dauer angreifenden Schmerzen.

Nun bin ich in den letzten Jahren auf ein Mittel verfallen, das ähnlich wie die Salicylsäure kleineren Anfällen vorzubeugen scheint, im Anfalle, besonders gegen dessen Ende hin, erleichternd wirkt, sehr billig ist und vielleicht ratio besitzt. Dieses Mittel besteht in einer besonderen Art zu athmen und wird von mir scherzweise als Massage der Leber bezeichnet. Ich athme möglichst tief ein, bleibe möglichst lange auf der Höhe des Inspirium und athme dann ganz langsam aus. Bei der Einathmung, die etwa 5 Secunden dauert, verschiebt sich die Leber um 5 cm nach unten. Ich kann sie 15—20—30 Secunden in dieser Stellung festhalten, brauche zum Ausathmen etwa 10—15 Secunden. Im normalen Zustande fühle ich bei diesem Verfahren nichts Besonderes, in der Anfallsnähe aber treten beim Festhalten der Inspirationsstellung schmerzhafte Empfindungen ein, ein Ziehen und Rucken, das ich an der Brustwirbelsäule zu empfinden glaube, und damit ist die Erleichterung da. Am besten lassen sich die Athemübungen in einem Lehnstuhle mit Rücken- und Armlehnen ausführen, es geht aber auch im Stehen und Liegen. Oft, wenn ich ein Stück gegangen bin, (auf Stein leichter als auf weichem Boden) beginnt dumpfe Unzufriedenheit in der Lebergegend, ich bleibe stehen, athme ein paar Mal tief und Alles ist wieder in Ordnung.

Nach diesen Beobachtungen in corpore vili könnte man auf die Vermuthung kommen, dass Mangel an Bewegung der Leber deren Erkrankung, bezw. die Gallensteinbildung befördere, gesteigerte Bewegung der Leber den krankhaften Zuständen der Leber entgegenwirke. Im gleichen Sinne dürften folgende Betrachtungen wirken.

Wenn es wahr ist, dass in jeder dritten weiblichen Leiche Gallensteine gefunden werden, so ist damit dargethan, dass das Uebel ausserordentlich häufig ist, dass es nicht mit Alkohol, Syphilis, körperlicher Ueberanstrengung, Erkältung oder mit einer der Erkrankungen, die beide Geschlechter annähernd gleich treffen, wie Typhus, Gelenkrheumatismus u. s. w., zusammenhängt, dass vielmehr zu seinen Bedingungen Umstände gehören, die dem weiblichen Leben eigenthümlich sind. Da die Gallensteinkrankheit auch bei Männern recht häufig ist, können die «weiblichen Bedingungen» nicht im Geschlechtsleben gesucht werden. Nun ist die Art zu athmen bei den Geschlechtern verschieden, das Weib hat, wie man sagt, den costalen Typus, der Mann den diaphragmatischen. Athme ich vorwiegend durch Bewegung der Rippen, so bleibt die Leber ruhig, athme ich vorwiegend mit dem Zwerchfelle, so wird die Leber auf- und abgeschoben und dabei gedrückt. Ausser den natürlichen Umständen drängt ihre Kleidung die Weiber zur Rippenathmung. Von jeher hat man dem Corsett Schuld an den Gallensteinen gegeben, jedoch ausreichende Ursache kann der Druck des Corsetts oder anderer schnürender Vorrichtungen nicht sein, ebensowenig kann der Druck überhaupt Ursache sein, denn bei den gallensteinleidenden Männern und bei manchen solcher Weiber gibt es keinen Druck. Es kann der Druck nur indirect wirken, indem er andere Einwirkungen verstärkt, d. h. er kann nur dadurch wirken, dass er die Zwerchfellathmung behindern hilft. Sodann haben wir die Unterschiede in der Lebensweise der Geschlechter. Die Weiber essen und trinken im Allgemeinen weniger als die Männer, daraus ergibt sich, dass Vielessen und Vieltrinken keine Gallensteine macht, aber es ergibt sich nichts Positives, denn dass die Mässigkeit Gallensteine macht, das ist absurd. Die Weiber leiden häufiger als die Männer an Verstopfung, indessen glaube ich, dass man deren Bedeutung überschätzt habe. Ich habe eine vorzügliche Verdauung und andere Gallensteinleidende, die ich kenne, haben sie auch. Immerhin könnte der Darmträgheit eine Hilfsrolle zufallen. Wichtiger scheinen mir die Unterschiede in der Art der Körperbewegung der Geschlechter zu sein. Man schreibt oft den Weibern eine «sitzende Lebensweise» zu. Das ist aber gar nicht richtig, denn gerade die Weiber, in deren Leichen man in den Krankenhäusern so oft Gallensteine findet, sind arme Weiber, die nicht viel zum Sitzen kommen, die die Stuben reinigen, die Wäsche waschen, bügeln, das Essen bereiten, die Kinder anziehen, Besorgungen machen müssen. Auf das Hin- und Hergehen kann es nicht ankommen, denn was hilft es der Leber, wenn sie herumgetragen wird, ohne ihre Lage gegen die Nachbarorgane zu ändern? Richtig ist, dass die grossen Bewegungen, die zum Tiefathmen veranlassen, nicht Sache der Weiber sind: Springen, Laufen, Werfen, Heben schwerer Lasten, Reiten u. s. w. Wir finden bei einem Theile der Männer dasselbe, schon alte Aerzte haben gemeint, die Gelehrten seien zu Gallensteinen disponirt, und es mag wohl sein, dass diese bei Stubensitzern überhaupt häufiger vorkommen, als bei denen mit grossen Bewegungen. Uebrigens braucht man desshalb nicht immer Stubensitzer gewesen zu sein, vielleicht bewirkt es gerade der Uebergang aus einem unruhigen Leben in ein ruhiges (Aufgeben von Sportübungen, Austritt aus dem Soldatenstande u. s. w.), dass die Leber es übel nimmt.

Kurz, da, wo die Gallensteine am häufigsten sind, bei den Weibern, treffen wir 3 Umstände, die der Zwerchfellathmung entgegen sind: Die natürliche Neigung zur Rippenathmung, den Druck der Kleidung, den Mangel an grossen Bewegungen. Es ist deshalb nicht unwahrscheinlich, dass ungenügende Bewegung des Zwerchfells und Gallensteinbildung zusammenhängen. Es ist auch von vornherein verständlich, dass ein regelmässig wiederkehrender kräftiger Druck auf die Leber nicht gleichgiltig ist, man darf erwarten, dass er die Förderung der Galle begünstige, dass dann, wenn er fehlt, Stauungen und Stockungen vorkommen. Die Leber ist ein so grosses, dickes, man könnte sagen unfläthiges Organ, dass sie wohl einer mechanischen Anregung bedürftig sein möchte.

Nun dürfte es allerdings richtig sein, dass in der Leber trotz ihrer unverschuldeten Trägheit keine Gallensteine entstehen, wenn nicht eine Giftwirkung dazu kommt. Auch bei mir scheint das Uebel im Anschlusse an die Influenza entstanden zu sein. Aber die Giftwirkung, die doch kaum als specifische zu denken ist, fehlt wohl in keinem Leben. Dass eine Schädigung, die den ganzen Körper trifft, dass ein im Blute kreisendes Gift, und zwar bald dieses, bald jenes, gerade in der Leber dauernde Störungen hervorruft, das muss doch an dem Zustande der Leber liegen.

Meine Meinung ist also die, dass das beste Mittel zur Verhütung der Gallensteinkrankheit ausgiebige Zwerchfellathmung während des ganzen Lebens sein dürfte, dass dieses Mittel bei eingetretener Steinbildung das Uebel hemmen, die Wiederkehr des gesunden Zustandes erleichtern und leichtere Beschwerden beseitigen könne. Man versuche es, denn die übrigen Mittel sind nicht viel werth. Bei noch Gesunden ist natürlich die unwillkürliche Tiefathmung vorzuziehen, bei Patienten aber wäre die willkürliche oder directe Tiefathmung zu empfehlen, wie ich sie oben geschildert habe, da die grossen Bewegungen leicht Kolikanfälle auslösen können.

Da ich den Ausdruck Lebermassage gebraucht habe, will ich noch bemerken, dass ich die von Anderen vorgeschlagene Massage der Gallenblase für ein ganz unbrauchbares, ja gefährliches Mittel halte. Wollte mir Jemand meine Gallenblase massiren, so möchte ich ihm rathen, nicht in meine Nähe zu kommen. Natürlich ist auch das Elektrisiren ganz thöricht.

Endlich will ich die Gelegenheit, das Wort zu haben, noch zu der Bitte benutzen, man möge den an Gallenstein Leidenden die Morphiumeinspritzung nicht vorenthalten. Es scheint mir jetzt bei vielen Aerzten eine wahre Morphiumangst zu herrschen. Man braucht aber die Morphiumsucht nur dann zu fürchten, wenn der Patient einen «süchtigen» Charakter hat. Ebensowenig wie Einer zum Säufer wird, wenn er hie und da einen Likör trinkt, ebensowenig macht die Morphiumeinspritzung an sich süchtig. Trotz vieler Injectionen habe ich nie das geringste Bedürfniss danach, wenn ich keine Schmerzen habe, im Gegentheile, die Sache ist mir sehr unangenehm, obwohl ich die Annehmlichkeit des Morphiumrausches kenne. Bei sehr vielen Personen

verhüten die peinlichen Nebenwirkungen und die verständige Erwägung der Gefahr jeden Missbrauch. Uebrigens leistet die Morphiumwirkung mehr als Aufhebung der Schmerzen, was auch Andere schon bemerkt haben. Wahrscheinlich erleichtert das Aufhören aller krampfhaften Bewegungen die Thätigkeit der Vis medicatrix naturae. Mancher Kolikanfall ist am anderen Morgen vollständig vorüber, wenn am Abende eine genügende Einspritzung vorgenommen worden war (eine ungenügende ist ganz werthlos). Erträgt der Patient die Schmerzen, so scheint der Anfall fast immer länger zu dauern.

Ueber Myxoedem im frühen Kindesalter*).

Von Privatdocent Dr. *J. Lange* in Leipzig.

Vor fast genau 25 Jahren überraschte der englische Arzt Gull die medicinische Welt durch Aufstellung einer neuen Krankheit. Am 24. October 1873 demonstrirte er in der Clinical Society eine ältere Frau, die eine eigenthümliche Veränderung der Haut, an Oedem erinnernd, verbunden mit Störungen der psychischen Functionen, zeigte. Auf Grund dieses Falles, sowie von vier weiteren Beobachtungen, die er in kurzer Zeit machen konnte, bezeichnete er die in Frage stehende Affection als «einen im höheren Alter acquirirten cretinoïden Zustand.» Wenige Jahre später hatte Ord zwei weitere Fälle publicirt, einen derselben mit Obductionsbefund. Ord wies hierbei nach, dass die Veränderung der Haut auf einer eigenthümlichen Infiltration derselben mit einer mucinähnlichen Substanz beruhe und schlug für die Krankheit den Namen «Myxoedem» vor. Nebenbei war bei der Obduction ein Mangel der Schilddrüse aufgefallen. — Selbstredend handelte es sich nicht um eine neue Krankheit, nur war bisher Niemand darauf gekommen, einen neuen Krankheitstypus aufzustellen.

Die englischen Autoren waren längere Zeit fest davon überzeugt, dass es sich um eine dem weiblichen Geschlechte im höheren Alter eigenthümliche Krankheit handele, aber sehr bald konnte Charcot als Erster zeigen, dass auch Männer befallen werden können, auch er hatte schon derartige Fälle lange vor Gull als «Cachexie pachydermique» demonstrirt. Bereits 1880 wurde von Bourneville und Olier zum ersten Male mit Sicherheit der Nachweis geliefert, dass die Erkrankung schon in früher Jugend beginnen könne. Zehn Jahre später vermochte Bourneville bereits 25 Fälle von infantilem Myxoedem, davon 9 eigene Beobachtungen, zusammenzustellen. Hiervon waren 9 zur Zeit der Beobachtung bereits über 16 Jahre alt, 11 unter 10 Jahren, 6 unter 5 und nur einer 5 Monate alt. Die Obduction war 5 mal gemacht worden und hatte stets Mangel der Schilddrüse ergeben, wie auch bei den Lebenden durch Palpation keine Spur einer Thyreoidea nachgewiesen werden konnte. Ich möchte noch zu dieser Zusammenstellung erwähnen, dass von den 25 Kranken nur 15 weiblichen, 10 männlichen Geschlechts waren.

Ich will nur kurz der für die Aetiologie des Myxoedems so ausserordentlich wichtigen Arbeiten J. Reverdin's und Kocher's gedenken, die mit absoluter Sicherheit den Beweis lieferten, dass nach operativer Entfernung der Schilddrüse, resp. nach totalen Kropfexstirpationen, sich ein dem Myxoedem vollständig gleichwerthiges Krankheitsbild entwickelte, das von dem Einen als «Myxoedème operatoire», vom Anderen als «Cachexia strumipriva» bezeichnet wurde. Aber bereits 1859 hatte der Physiologe Schiff bei Hunden nach Exstirpation der Schilddrüse einen eigenthümlichen Symptomencomplex geschildert, der in Bälde unter klonischen Krämpfen zum Tode führte. In Folge der Reverdin-Kocher'schen Publicationen nahm er 1884 die Untersuchungen wieder in grösserem Maassstabe auf, und zwar mit denselben Ergebnissen. Eine grosse Menge von Nachprüfungen ergaben gleiche Resultate, die Schiff bereits zu folgenden Schlüssen führten: 1. Carnivoren und Omnivoren gehen bald nach totaler Entfernung der Schilddrüse unter Apathie, Somnolenz, Sinken der Eigenwärme, Tremor und unsicheren Bewegungen, schliesslich unter tonisch-klonischen Krämpfen und Dyspnoë zu Grunde; 2. Pflanzenfresser vertragen die Operation gut und werden nicht krank und 3. auch für die Fleischfresser wird der Eingriff ungefährlich, wenn man vorher eine Schilddrüse derselben Thiergattung in die Bauchhöhle des Versuchsthieres implantirt hat. Nur der zweite Satz Schiff's ist insofern von seinen Nachfolgern rectificirt worden, als auch Pflanzenfresser unter ähnlichen Symptomen eingehen, wenn man die accessorischen Schilddrüsen mit entfernt hat — aber der Verlauf ist ein viel langsamerer.

Wir sind jedenfalls nach den Ergebnissen der Forschungen fast sämmtlicher Autoren heute in der Lage, annehmen zu müssen, dass die Schilddrüse ein eminent lebenswichtiges Organ — wenigstens für fleischfressende Thiere darstellt, dass aber auch für den Menschen der Verlust derselben zu schweren Störungen sowohl auf somatischem als auch psychischem Gebiete führt. Die Gegner dieser Anschauung, an ihrer Spitze Munk, stehen jetzt doch ziemlich isolirt da.

Die dem ausgebildeten Myxoedem aller Altersstufen eigenthümlichen Symptome sind in Kürze folgende: die Haut und deren Adnexe, Haare und Nägel, sind auf den ersten Blick am auffallendsten verändert. Die Haut ist allgemein verdickt, wie oedematös, sieht dabei eigenthümlich transparent, wie gefroren aus, dabei ist sie vollständig trocken, eine Schweisssecretion ist in ausgesprochenen Fällen überhaupt nicht vorhanden. Eine Delle ist aber durch Druck nicht zu erzielen, ebensowenig ergibt eine Punction oder ein Schnitt in die Haut eine nennenswerthe Serumabsonderung, wie bei Anasarka. Das Colorit der Haut ist blass, wachsartig, dieselbe fühlt sich kühl an und schuppt an vielen Stellen etwas ab. Der Gesichtsausdruck ist durch die starke Hautverdickung und zum Theil auch durch die Apathie starr, zuweilen fast unbeweglich, die Augenlider hängen schwer herab und sind meist bläulichroth verfärbt; der Mund erscheint mit den gewulsteten Lippen auffallend gross. Die Zunge ist stark verdickt, hängt vielfach aus dem Munde hervor und auch die Mundschleimhaut, ja selbst die des Larynx ist verändert, die Stimme daher fast stets rauh und heiser. Die Partien am Halse sind besonders stark gedunsen, ebenso die äusseren Genitalien; die Extremitäten sind plump, zuweilen fast elephantiastisch. Die Haare sind trocken, brüchig, glanzlos, ähnliche Veränderungen weisen die Nägel auf. Die Bewegungen sind träge, ungeschickt, das Wesen missmuthig. Gleichzeitig hat sich die frühere Energie und Intelligenz abgestumpft, um schliesslich in complete Idiotie und Verblödung auszugehen. — Die vegetativen Functionen sind meist ungestört, während Sprache und Gang deutlich erschwert sind. Die Eigenwärme ist herabgesetzt, die Herzthätigkeit scheinbar geschwächt, der Puls verlangsamt, weich. Ferner ist der Geschlechtstrieb meist verringert oder ganz erloschen. Der von der Krankheit Befallene ist zum vollständigen Cretin geworden.

Nun, meine Herren, bei der angeborenen, respective infantilen Form kommen nun noch eine Reihe von Momenten hinzu, die dem Krankheitsbild einen ganz besonderen Stempel aufdrücken. Wie zu erwarten, handelt es sich um ein Hinzutreten von Entwicklungsstörungen in geistiger und körperlicher Beziehung, die um so mehr in die Erscheinung treten, je früher die Erkrankung auftritt.

Von den körperlichen ist es hauptsächlich das gehemmte Längenwachsthum, das in's Auge fällt. Es kommt zu echtem Zwergwuchs. Aber auch die Schädelknochen wachsen nicht mit, die grosse Fontanelle kann bis in's späte Alter offen bleiben, die Gesichtsknochen wachsen nur wenig, die Wirbelsäule bleibt schwach, die Kinder können erst sehr spät sitzen und besonders die Zähne erscheinen sehr spät, zuweilen erst im dritten oder vierten Jahre. Der Leib ist meist froschartig aufgetrieben, sehr häufig findet sich eine Nabelhernie. Die Genitalien bleiben unentwickelt, die Menstruation bleibt aus oder zeigt grosse Unregelmässigkeiten. Auch die geistigen Fähigkeiten entwickeln sich nur sehr langsam, resp. bleiben auf der kindlichen Entwicklungsstufe stehen. Oefters besteht nebenbei Reizbarkeit und Jähzorn, oder vollständige Idiotie.

Gestatten Sie, dass ich Ihnen in gedrängter Kürze die Krankengeschichte der beiden von mir beobachteten Fälle vortrage:

*) Vortrag, gehalten am 13. December 1898 in der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Den ersten Fall, Liddy Sch., habe ich Ihnen bereits am 14. December 1897 in Kürze demonstrirt, ich kann mich ganz kurz fassen. Ausser dem recht typischen cretinoiden Aussehen, wäre speciell zu erwähnen, dass das Kind bei der ersten Untersuchung im Alter von 14 Monaten nur 2 Schneidezähne aufwies, nie gelacht hatte, nicht sitzen konnte und nur rauhe unarticulirte Laute von sich gab. Die Schilddrüse war nicht palpabel, nur links vom Ringknorpel war ein kleinerbsengrosser verschieblicher Körper, der vielleicht als Drüsenrudiment anzusprechen wäre. Ich zeige Ihnen eine Photographie (Fig. 1) des Kindes, die vom Januar dieses Jahres stammt. Von Stehen ist nicht die Rede gewesen, die Mutter musste das Kind vollständig halten. Das Kind bekam bis zum 14. Monate nur Brust; Körperlänge 62 cm, Gewicht = 8020 g. Die grosse Fontanelle war weit offen, sonst von Rachitis keine Spur. Der Verlauf war kurz folgender: Nach 3 monatlicher Behandlung, erst mit Thyreoidintabletten, dann mit Phosphorleberthran, lacht das Kind zum ersten Male, im Alter von 1 Jahr 8 Monaten sagt es «Mama», während die körperliche Entwicklung sehr schlecht bleibt. Vom 14. I. bis 17. II. 1898 bekommt es nun Thyraden-Knoll, 0,05 bis 0,1 3 mal täglich, im Ganzen 90 Dosen. Das Gewicht war bis auf 9980 g gestiegen, ging während der Thyradenbehandlung aber bis auf 9540 g zurück, offenbar durch Schwinden der Oedeme. Anfang Mai hat Patientin 8 Zähne, acquirirt einen sehr heftigen Keuchhusten, der in ca. 6 Wochen abheilt. Interessant war das Auftreten eines zweiten Keuchhustengeschwüres, ausser dem typischen am Frenulum linguae, auf dem Zungenrücken, erklärlich durch die Makroglossie. Anfang Juni schwitzt das Kind zum ersten Male, nachdem 10 Tage lang Thyreoidinum siccum, 0,1 1 mal täglich gegeben war. Die Temperatur betrug jetzt 37,4° im Rectum, während sie vorher stets unter 37,0° war und bis 36,2° herabging. Die Pulsfrequenz schwankte zwischen 76 und 80. Am 10. VI. Körperlänge 69 cm. Während der nun 5 Wochen dauernden Thyreoidinbehandlung bessert sich der Zustand ganz deutlich: Die Haut ist der normalen viel ähnlicher, ist warm, feucht, elastischer, Haare und Nägel immer noch spröde und trocken. Das Kind deutet mit dem Finger, spielt, sagt aber nur «Mama» und «Nein». Zu Anfang August, von welchem Zeitpunkt diese zweite Photographie (Fig. 2) herstammt, steht das Kind am Stuhle, kann aber noch nicht frei sitzen! Seitdem hat sich nicht sehr viel geändert.

Fig. 1.



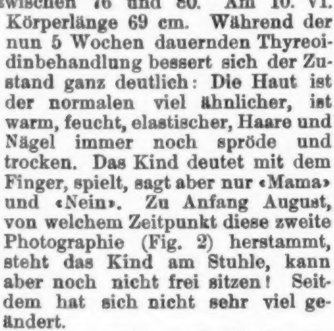


Fig. 2.

Der zweite Fall, Martha K., ½ Jahr alt, wurde am 30. IV. 1898 in die Poliklinik gebracht. Es handelt sich um das erste Kind gesunder Eltern, das ziemlich 4 Monate lang gestillt und seitdem mit Milch und Haferschleim aufgezogen wurde. Schon bei der Geburt war die gedunsene Haut des Kindes der Mutter aufgefallen. Das Kind macht auf den ersten Blick den Eindruck eines Cretinen! Die Stirn ist niedrig, die Nase an der Wurzel eingedrückt, die Nasenlöcher weit geöffnet, der Mund gross, die stark verdickte Zunge stets zu sehen, die Augenlider verdickt, geröthet, die Haut eigenthümlich schlaffoedematös, nicht transparent, die Mutter sagt «wie gläsern». Das Kind hat nie geschwitzt und nie gelacht. Ausser geringer Craniotabes keine Rachitis. Auch hier eine circa wallnussgrosse Nabelhernie. Der palpirende Finger spürt keine Spur einer Schilddrüse. Gewicht 4160 g. Körperlänge = 52 ccm. Diese erste Photographie (Fig. 3) ist am 6. V. aufgenommen. Nach vierwöchentlicher Beobachtung, die ein starkes Schwanken der oedematösen Hautinfiltration zeigte, wurde vom 25. V. ab Thyreoidinum sicc. 0,05 einmal täglich gereicht. Die Temperatur im Rectum betrug 36,5° C. Am 1. VI. ist die Temperatur zum ersten Male auf 37,2° gestiegen, Puls 124. Das Kind ist munterer, lebhafter, soll seit vorgestern mehrfach gelacht haben. Appetit, Schlaf und Stuhl gut. Am 8. VI. Unruhe seit mehreren Tagen, sehr wenig Schlaf. Temperatur 37,8°, Puls 140, da keine Ursache für die Temperatursteigerung nachzuweisen, wird das Thyreoidin nur jeden zweiten Tag gegeben. Trotzdem besteht am 15. VI. grosse Unruhe. Harn ohne Eiweiss. Dabei Allgemeinbefinden bedeutend besser, Haut viel normaler, Oedeme fast ganz verschwunden, die Haut hängt an den Stellen früherer stärkerer Spannung jetzt in Falten. Es besteht noch keine Schweisssecretion. Die Stimme ist lauter, weniger rauh. Das



Fig. 3.

Thyreoidin wird ausgesetzt. Temperatur 37,2°, Puls 120. 22. VI. Schwitzt seit 3 Tagen! Die Temperatur bleibt nun zunächst normal, das Kind nimmt zu, am 27. VII ist notirt: fängt an, den Kopf zu halten, am 3. VIII.: lacht viel. Vom 5. VIII. stammt dieses zweite Bild (Fig. 4) das den Gesichtsausdruck sehr gut wiedergibt. Ende August macht das Kind eine sehr heftige Magendarmerkrankung durch, seitdem schwitzt es wieder weniger, schliesslich gar nicht mehr. Am 14. IX. seit 2 Tagen wieder Auftreten von Oedemen, die bereits 3 Tage später auf Thyreoidin wieder zurückgehen. Schon vorher war eine immer mehr sich ausbreitende Furunculose entstanden. Dazu gesellte sich ein Prolapsus ani et recti, der auf der chirurgischen Abtheilung operirt werden musste, und am 15. X. starb das Kind. Auf das Obductionsergebniss komme ich noch kurz zurück.



Fig. 4.

M. H.! Ueber die Aetiologie solcher Fälle ist heutzutage insofern kein Streit mehr, als man darüber einig ist, dass es sich bei dieser Gruppe von Zuständen — Myxoedem, Cachexia strumipriva, endemischer und sporadischer Cretinismus — stets um eine Unterdrückung der Schilddrüsenfunction handelt. Der Grund für diese Unterdrückung kann aber vielerlei sein. Beim operativen Myxoedem wird das Organ künstlich entfernt, beim endemischen Cretinismus kommt es gewöhnlich zu einer kropfigen Entartung der Drüse, die ebenfalls zur Functionsstörung führt — beim Myxoedem der Erwachsenen und älteren Kinder handelt es sich um eine Atrophie der Drüse aus meist unbekannten Gründen — beim angeborenen Myxoedem, dem echten sporadischen Cretinismus, um einen congenitalen Defect oder um eine congenitale Functionsstörung der Schilddrüse. Ich weiss wohl, dass noch nicht alle Autoren vollständig übereinstimmen, aber die Einwürfe derselben sind meistentheils widerlegt, besonders durch die Arbeiten Kocher's.

Wie haben wir uns demnach die Thätigkeit der Schilddrüse vorzustellen? Es kann sich nur um zwei Möglichkeiten handeln, entweder wird ein Secret producirt, das zur normalen Thätigkeit

des Centralnervensystems und zur Entwicklung des Organismus, sowie zum Wachsthum unbedingt nothwendig ist, oder aber es zerstört dieses Secret im Blute kreisende Stoffwechselproducte, die nach Ausschaltung der Drüse als Autointoxication wirken. Diese letztere Annahme dürfte aus verschiedenen Gründen die richtigere sein. Wir sind besonders durch die Versuche von Breisacher und Anderen der Lösung dieser Frage näher gerückt. Diese zeigten, dass thyreidectomirte Hunde bei Ernährung mit Milch und gekochtem Fleisch längere Zeit relativ wohl blieben, während bei Fütterung mit rohem Fleisch, Fleischbrühe und gebratenem Fleisch Krämpfe und der Tod eintraten. Dem entsprechen ja auch die Ergebnisse Schiff's, dass nämlich Pflanzenfresser den Verlust der Drüse viel besser und länger ertragen können, als Fleischfresser. Demnach dürfte es nach den jetzigen Anschauungen am wahrscheinlichsten sein, dass es sich um gewisse stickstoffreiche Extractivstoffe des Fleisches handelt, die von dem präsumptiven, von der Schilddrüse gebildeten Körper im Blute gewissermaassen neutralisirt werden.

Gestatten Sie, dass ich die Diagnostik des angeborenen Myxoedems streife. Es ist nicht zu leugnen, dass die ausgeprägten Fälle ungemein charakteristisch erscheinen und ist besonders der Gesichtsausdruck der Kranken untereinander so ausserordentlich ähnlich, dass Bourneville mit Recht sagen konnte, «qui en a vu un, les a vu tous!» — Anders verhält es sich aber, wenn die Hautverdickung, das Myxoedem im engeren Sinne, weniger in die Erscheinung tritt. Es ist dieses nicht nur bei den «formes frustes», den verwischten Fällen der Franzosen der Fall, sondern es scheinen auch ohne bekannte Ursache mehr oder weniger periodische Schwankungen des Infiltrationsgrades der Haut stattzuhaben. Wenigstens konnte ich dieses an meinen beiden Kranken constatiren. Wenn man einen derartigen Patienten in diesem oedemarmen Stadium sieht, so ist bei etwas flüchtigerer Untersuchung allerdings eine Verwechslung mit Rachitis denkbar: ich erinnere bloss an die Unfähigkeit, zu sitzen, an die Kyphose, die Blässe der Haut, ferner die offene Fontanelle, den Mangel der Zähne — alles dieses kann eine Täuschung bewirken. Immerhin wird die auffallende Gleichgiltigkeit und Stupidität, der Mangel jedes Lächelns oder des Ausdrucks der Freude, zu denken geben. Die genauere Untersuchung zeigt dann aber, dass von weiteren rachitischen Veränderungen kaum die Rede ist, besonders ist keine Extremitätenrachitis vorhanden. — Wenn also auch nicht gerade viele Fälle dem Arzt entgehen werden, so ist es doch wünschenswerth, ein objectives Symptom zu haben, das in zweifelhaften Fällen ausschlaggebend sein könnte. Es scheint nun, als ob in der Röntgendurchleuchtung ein derartiges diagnostisches Hilfsmittel gefunden sein dürfte. Es fand nämlich Langhans bei der Obduction von echten Cretinen, dass am Skelet der Kranken eine auffallend langsame Verknöcherung, resp. eine sehr lange Permanenz der Knorpeltheile sich nachweisen lässt und zwar speciell der Epiphysenknorpel. Langhans fand bei einem 14 monatlichen Cretin Permanenz der Knorpelfuge zwischen hinterem und vorderem Keilbein und Fehlen der Knochenkerne in der oberen Humerusepiphyse, und äussert die Ansicht, dass durch X-Strahlen vielleicht diagnostische Zweifel gelöst werden könnten. Offenbar ist ihm eine Publication von Hertoghe entgangen, der bereits ein Jahr vorher angibt, dass es sich um Rachitis handele, wenn sich das Skelet vollkommen verknöchert erweist, sieht man aber noch helle, also noch nicht ossificirte Knorpelscheiben, dann handelt es sich um Myxoedem und ist auf Thyreoidea Besserung zu erwarten. Bei Kindern unter einem Jahre würde dieser Nachweis allerdings noch nicht stricte zu führen sein. Sie sehen auf diesem Skiagramm der Hand (Fig. 5) des 2¼ jährigen Kindes Sch. das völlige Fehlen von Knochenschatten in der Handwurzel; die Bilder von Ranke[1]), die ich Ihnen vorlege, zeigen Ihnen die normale Ansicht derselben Theile im Röntgenbilde beim etwas älteren und etwas jüngeren Kinde. Es scheint fast eine Art von Antagonismus zwischen Rachitis und ausfallender Schilddrüsenfunction zu bestehen, wenigstens ist bei fast allen mir aus der Literatur bekannten Fällen von infantilem Myxoedem fast stets besonders darauf hingewiesen, dass keine Rachitis vorhanden gewesen sei.

Von besonderem Interesse ist eine Frage, die von verschiedenen Autoren, ich nenne nur Schech, angeschnitten worden ist. Letzterer behauptet nämlich, dass die Symptome des Myxoedems, resp. des sporadischen Cretinismus sich erst entwickeln können, wenn die Kinder entwöhnt würden. Er vertritt also den Standpunkt, dass das wirksame Princip der Schilddrüse durch die Muttermilch dem Säugling in genügender Menge zugeführt werde und ebenso leugnet er die Möglichkeit des angeborenen Myxoedems, da der placentare Kreislauf noch besser die Zufuhr vermittele. Nun, die beiden vorliegenden Fälle beweisen wohl, dass unter Umständen doch eine Erkrankung eintreten kann, denn das ältere Kind ist 14 Monate ausschliesslich an der Mutterbrust gelegen und die Krankheit hat sich sicher spätestens in den ersten Lebensmonaten entwickelt. Das jüngere Kind ist sogar nach der sehr bestimmt lautenden Aussage der Mutter bereits myxoedematös geboren worden, es soll so geschwollen gewesen sein, dass die Mutter zum Arzte ging, der aber erklärte, nichts Krankhaftes finden zu können. Erst als das Kind mit 6 Monaten noch nicht lachte und den Kopf noch nicht hob, brachte sie dasselbe in die Poliklinik.

Es sind derartige Fälle von echtem, angeborenem Myxoedem bisher nur in sehr geringer Anzahl beobachtet worden; so verfügt Bourneville über 4 Fälle, ferner haben Anderson, Lebreton und Vaquez und Andere über einzelne Fälle von angeborenem «Cretinisme sporadique» berichtet.



Fig. 5.

Wie man sich erklären soll, dass in einem Falle die Erkrankung erst nach der Entwöhnung einsetzt, — wie in der Mehrzahl der Beobachtungen — im anderen Falle beinahe intrauterin sich entwickelt, darüber vermag ich keinen Aufschluss zu geben. Darüber, dass es sich aber in allen diesen Fällen um angeborene Störungen handelt, sind wohl alle Autoren einig.

Mehr allgemeines Interesse beanspruchen die therapeutischen Beobachtungen. Ich will die Geschichte der Schilddrüsentherapie nicht aufwärmen und nur erwähnen, dass Schiff mit der Implantation der Drüse zuerst den Weg wies. Aber die nur sehr temporären Erfolge hatten bald zur Folge, dass eine anderweite Einverleibung versucht wurde, erst die von Murray inaugurirte subcutane Injection des Drüsenextractes, und dann 1892 die Verabreichnng per os durch Howitz, Mackenzie und Fox.

Anfangs gab man die frische Drüse, sehr bald Conserven der verschiedensten Art, schliesslich wurde eine Reihe von Präparaten, die alle das «einzig wirksame» Princip der Drüse darstellen sollten, in den Handel gebracht. Ich habe nach anfänglicher Behandlung mit Thyraden-Knoll und Jodothyrin-Bayer ausschliesslich das Thyreoidinum siccum von Apotheker Löwe-Leipzig, das bequem zu dosiren ist, gegeben.

Die Symptome, die sich zuerst bessern, sind die Eigenwärme, der Puls und die Hautinfiltration. Nach wenigen Tagen steigt die Körpertemperatur zur Norm, die Pulsfrequenz wird normal und die Verdickung der Haut geht unter starker Vermehrung der Harnmenge zurück, in einem Falle so stark, dass die Haut in Falten herabhing. Bei zu hoher Dosirung — mehrere Tage lang — stieg die Temperatur sogar zu subfebrilen Werthen, um nach Aussetzen des Medicamentes sofort herabzugehen. Nebenbei äusserte sich hochgradige Unruhe. Die tolerirte Dosis betrug beim 7—9 monatlichen Kinde schliesslich 0,05 g, jeden zweiten Tag nach der Flasche verabreicht, da bei täglichen Gaben deutliche Unruhe eintrat. Bei dem Kinde Sch. gab ich im Alter von 20 Monaten 0,05 Thyraden dreimal täglich, nach einigen Tagen 0,075 und dann 0,1, aber auch hier nach einigen

[1]) cf. diese Wochenschrift 1898, pag. 1365 etc.

Tagen grosse Unruhe, Hitze, häufiges Erblassen! Im Ganzen erhielt das Kind 90 Dosen à 0,05 bis 0,1 Thyraden.

Seit dieser Zeit erst deutliche Besserung.

Ende April wurde Keuchhusten acquirirt und unter Bromoformbehandlung recht schnell durchgemacht. Vom 10. Juni an bekam Patientin Thyreoidinum sicc. einmal täglich 0,1. Seitdem hat die Besserung angehalten. (Demonstration des Kindes.)

M. H.! In der Mxyoedemliteratur sind mehrfache Beobachtungen mitgetheilt worden, wobei eine einmalige, sogar recht kurze Schilddrüsenbehandlung zu dauernder Heilung geführt haben soll.

In der grossen Mehrzahl der Fälle scheint aber eine fortgesetzte, oder doch wenigstens intermittirende Behandlung nothwendig zu sein, um befriedigende Ergebnisse zu erzielen. Es fragt sich hier, wie weit wir in dem besonderen Falle des angeborenen, resp. in den ersten Lebensmonaten erworbenen Myxoedems von einer Heilung reden können. Es kann hierüber nur eine jahrelange Beobachtung entscheiden. Nach dem, was mir bekannt ist, scheint denn doch die Intelligenz sich nur unvollkommen zu entwickeln, während die meisten Autoren eine zum Theil rapide Beschleunigung des Wachsthums angeben. In meinen beiden Fällen ist wohl ein ziemlich promptes Erwachen der Intelligenz zu beobachten gewesen, aber dann ging es in der Weiterentwicklung recht langsam. Das Kind Sch. ist doch entschieden für sein Alter ausserordentlich zurückgeblieben. Auch was das Längenwachsthum betrifft, bin ich nicht befriedigt. Ich möchte demnach die Prognose in Bezug auf die vollständige Entwicklung des Körpers und des Geistes zum mindesten nur sehr vorsichtig stellen. Die später in Erscheinung tretenden Fälle scheinen günstigere Erfolge zu versprechen. Selbstredend wird eine vernünftige Erziehung, allgemeine Hygiene und speciell eine gute, besonders vegetabilische Ernährung, sowie eine sorgfältige Hautpflege die Behandlung unterstützen müssen.

Nicht genügend hervorgehoben finde ich die aus meinen Krankengeschichten hervorgehende cumulative Wirkung des Thyreoidins. Anfangs werden auch relativ grosse Mengen anstandslos vertragen, während plötzlich Unruhe, Erblassen, Schlaflosigkeit, Steigerung der Temperatur bis 37,8 und des Pulses bis 140 auftreten! Erst nach Aussetzen des Mittels ist ein Verschwinden dieser Symptome zu bemerken. An dem benutzten Präparat kann dieses nicht liegen, da ja auch nach den beiden anderen Präparaten und beim anderen Kinde analoge Störungen auftraten.

Schliesslich noch kurz ein Wort über den Obductionsbefund bei dem im Alter von 11 Monaten verstorbenen Kinde Martha K. — Auch hier schien auf den ersten Blick die Schilddrüse zu fehlen, wie Sie aber sehen, ist bei genauer Präparation eine wohl sehr kleine, aber doch ausgesprochene Drüse vorhanden. Als Vergleich gebe ich Ihnen hier eine Thyreoidea von einem an chronischem Darmkatarrh und schwerer Atrophie verstorbenen Kinde von 9 Monaten herum; Sie sehen, dass letztere reichlich doppelt so stark entwickelt ist[2]).

Im Uebrigen ergab die von Herrn Seiffert ausgeführte Section eine auffallende Entwicklung der Hirnwindungen, Permanenz der knorpeligen Keilbeinfuge, multiple Furunculose, acute septische Nephritis und eitrige Peritonitis.

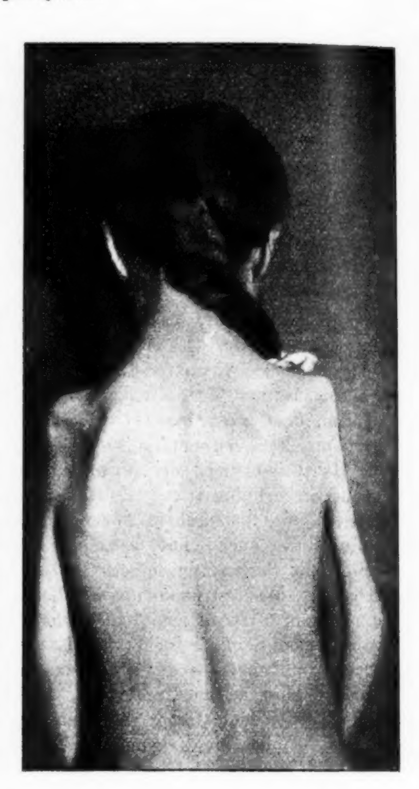
Ein Fall von angeborenem Mangel der Muskeln der oberen Extremitäten und Schultern.

Von Dr. *Geipel* in Zwickau.

Bei Gelegenheit der Wiederimpfungen entdeckte ich das nachstehend abgebildete Skeletmädchen. Ausser wenig geringen Rudimenten fehlen eigentlich alle Muskeln der beiden oberen Extremitäten, selbst die der Schultern, der Scapula, der Pectoralis major. Die Hände stehen in Beugungscontractur als Typus der Manus vara.

Das Kind kann nur unter Zuhilfenahme beider Hände schreiben, indem die geringen Beuger der linken Hand die Feder fassen, während die fehlenden Extensoren ersetzt werden durch die rechte Hand, welche den genügenden Widerstand leistet. Die rechte untere Extremität zeigt ebenfalls Nichtentwicklung der Musculatur, denn das Kind ist mit dieser Abnormität geboren und mit einem Pes equinus paralyticus.





Interessant sind die Hautbrücken, welche vom Arme herüber sich nach dem Thorax spannen. Das Kind stammt von gesunden Eltern, seine Geschwister sind ebenfalls gesund.

Die Intelligenz des Kindes ist gut entwickelt. Ausserdem ist das Mädchen sehr gutmüthig. Das selbständige An- und Entkleiden ist unmöglich. Deltoideus, Supra-, Infrascapularis, Serratus major, Pectoralis major, Biceps, Triceps, Brachialis fehlen.

Bericht über 14 Trepanationen des Schädels.

Von Dr. *Seydel*, Oberstabsarzt und Privatdocent.

(Schluss.)

d) Stichverletzung des Schädels und des Gehirns.

Messer, Säbel, Heugabeln, Nägel, bei Kindern Nadeln, sind die häufigsten Instrumente, mit welchen Stichverletzungen des Schädels zu Stande kommen. Die Gefahr derselben liegt in dem Zurückbleiben von Theilen des Instrumentes, endlich in Infection der Gehirnhäute und des Gehirns. Diese Gefahren fordern für die Stichverletzungen stets ein actives Vorgehen. Sobald auf der chirurgischen Abtheilung ein Mann mit einer Stichwunde am Schädel in meine Behandlung kommt, wird sofort nach Desinfection etc. der Umgebung die Stichwunde in den Weichtheilen gespalten, die Wundränder auseinandergezogen, und Einblick geschaffen auf die Oberfläche des Knochens. Nun kann selbstverständlich bei seitlicher Einwirkung bloss die Tabula externa abgetrennt oder abgehoben sein. Um energisch desinficiren zu können, werden die Knochenränder abgetragen, bis gesunder, das heisst nicht verletzter Knochen zu Tage tritt. Ist die Tabula vitrea zerstört, werden die Knochensplitter entfernt. Ob die Dura gespalten wird, hängt von dem Umstande ab, ob aus derselben eine stärkere Blutung beobachtet wird.

Sind Fremdkörper (Messerklingen) zurückgeblieben, so finden sich diese zumeist noch im Knochen. Das Abbrechen der Instrumente geschieht ja zumeist dadurch, dass der Getroffene, während der Thäter das Instrument zurückziehen will, Bewe-

[2]) Die mikroskopische Untersuchung zeigt, dass die geschnittenen Theile des Drüsenrudiments ausschliesslich aus Fett und Bindegewebe bestehen; es handelt sich also auch in diesem Falle um einen Ausfall der Drüsenfunction.

gungen nach der Seite macht. In jedem Falle überzeuge man sich, wenn ein Riss in der Dura sich findet, vorsichtig an der Oberfläche tastend, nicht in den Stichcanal einführend, ob man keinen Fremdkörper findet. Ich halte die Wunden offen, es wird Jodoformgaze darauf gelegt, und die plastische Deckung erst dann vorgenommen, wenn die Durawunde geheilt und ein aseptischer Verlauf garantirt ist.

Der nachfolgende Fall von Stichverletzung ist von Bedeutung wegen der schweren Infection durch das Messer, sowie wegen der allmähligen aber vollkommenen Rückbildung sämmtlicher, durch die Entzündung bedingten Lähmungserscheinungen. Er konnte mit ebensoviel Recht als oberflächlicher Gehirnabscess bezeichnet werden.

5. J. V. wurde am 22. I. 1897 auf die chirurgische Abtheilung des hiesigen Garnisonslazarethes verbracht. Er gab an, Nachts auf dem Heimwege von einem Manne, mit dem er in Streit gerathen war, in den Kopf gestochen worden zu sein; er sei zu Boden gefallen, aber nicht bewusstlos gewesen; trotzdem habe er sich selbst nicht mehr aufrichten können, weil ihn eine sofort auftretende Schwäche des rechten Armes am Aufstehen verhinderte.

Bei der Untersuchung ergab sich folgender Befund: Patient ist bei vollkommenem Bewusstsein; das Gesicht ist blass, der Puls nicht verlangsamt. Ueber der linken Schädelseite, einen Querfinger von der Medianlinie entfernt, entsprechend der Grenze vom mittleren und hinteren Drittel der Pfeilnaht befindet sich eine 1 cm lange, mit der Pfeilnaht parallel laufende Wunde mit scharfen Rändern. Der eingeführte desinficirte Finger liess sofort erkennen, dass unter der Weichtheilwunde eine circumscripte Knochendepression sich befand. Die rechte obere Extremität war paretisch, sonst war Motilität und Sensibilität am ganzen Körper normal.

Da die Möglichkeit bestand, dass eine abgebrochene Messerklinge sich im Knochen befinde, ferner zum Zwecke ausgiebiger Desinfection und Herstellung der einfachsten Wundverhältnisse, wurde sofort die ursprüngliche Wunde auf ungefähr 12 cm Länge erweitert, die Tabula externa im Umkreise der 10pfennigstückgrossen Depression $^1/_2$ cm abgemeiselt, die Splitter der Tabula interna entfernt, so dass der Knochendefect das Dreifache seiner ursprünglichen Fläche aufwies. In der Dura bestand ein $^1/_2$ cm langer Schlitz, aus dem eine starke venöse Blutung quoll. Eine kleine Erweiterung der Durawunde zeigte, dass die Blutung aus Venen der Arachnoidea stammte. Die Blutung stand auf Tamponade mit Jodeformgaze. — Aseptischer Verband.

Die nächsten Tage charakterisirten sich nun dadurch, dass von der Stichverletzung ausgehend eine entzündliche Erweichung des Gehirns sich bildete, welche schrittweise von oben nach unten in der motorischen Sphäre ihren Fortgang nahm.

Der Reihe nach wurden befallen das Centrum für den Oberarm, Vorderarm, Finger, Facialis; dementsprechend traten am 24. I. deutliche Motilitätsstörungen am rechten Oberarm ein; derselbe konnte nicht mehr über die Horizontale gehoben werden; am nämlichen Abend wurde beobachtet, dass Patient die rechte Faust krampfhaft geschlossen hielt, er war nicht mehr im Stande, die Finger zu strecken.

Am 25. I. wurde die Knochenwunde nochmals um ein Drittel ihres Umfangs nach abwärts zu erweitert und der Durariss ausgedehnt gespalten, da ein oberflächlicher Gehirnabscess vermuthet wurde; es fanden sich jedoch keine besonderen pathologischen Erscheinungen.

Am 26. I. wurde rechtsseitige Facialisparese constatirt; am 27. motorische Aphasie. Dabei war das Sensorium frei, der Appetit gut, nur der Puls war verlangsamt.

Am 28. I. entleerte sich aus der Wunde beim Verbandwechsel rothe, breiige Gehirnmasse; unter der Dura befand sich eine haselnussgrosse Höhle in der Gehirnsubstanz. Es wurde nunmehr eine Drainage in das Gehirn eingelegt.

Am 29. I. war Patient nicht mehr im Stande, die Zunge herauszustrecken; am 31. trat auch Parese der ganzen rechten unteren Extremität auf.

Die nächsten Tage war das Befinden ein sehr beunruhigendes; unter Tags lag er apathisch in seinem Bette, konnte nur mit Mühe bewogen werden, etwas Nahrung zu sich zu nehmen und war Nachts äusserst unruhig. Die Behandlung bestand in zweitägigem Verbandwechsel, in Tieflagerung des Kopfes, um dem Eiter Abfluss zu verschaffen, in häufigen kalten Abwaschungen zur Verhinderung des Decubitus. Temperatursteigerungen oder Sensibilitätsstörungen waren niemals vorhanden. Die Eiterung aus dem Gehirn war stets eine ziemlich bedeutende.

Vom 2. II. ab trat eine Aenderung im ganzen Befinden ein. Die Paresen und Paralysen begannen sich zurückzubilden und zwar genau in umgekehrter Reihenfolge, wie sie gekommen waren; zuerst trat normale Beweglichkeit an der unteren Extremität auf, dann wichen die Sprachstörungen, die Facialislähmung, die Lähmung der Finger, des Vorder- und Oberarmes. Bereits am 15. II. war vollkommene Restitutio ad integrum eingetreten. Ein Defect im Gehirn bestand nicht mehr; die Dura lag demselben normal auf, pulsirte jedoch nicht.

Am 28. II. konnte zur osteoplastischen Deckung des Knochendefectes geschritten werden. Am 3. IV. fand sich entsprechend dem Knochendefecte feste Knochensubstanz. Respiration oder Pulsation ist durch die neugebildete Schädeldecke hindurch nicht zu constatiren. Auf Beklopfen tritt noch mässiges Schmerzgefühl auf. Patient ist in vollkommen normalem Gebrauche seiner Extremitäten.

e) Trepanation bei Schussverletungen des Schädels.

Es ist ein unbestrittener Fortschritt in der Chirurgie, dass durch das Licht der Antiseptik und Aseptik unser operatives Handeln nach allen Seiten hin erweitert wurde. So sehr dies stets betont wird, ebenso sehr dürfte aber auch hervorzuheben sein, dass gerade durch die Segnungen unserer Wundbehandlungsmethode es uns möglich ist, die conservative Chirurgie vortheilhafter denn je zu pflegen. Dieser letztere Satz findet seine Bestätigung in vollem Maasse in der Art und Weise, wie unsere complicirten Fracturen mit kleinen Hautwunden behandelt werden. Das Prototyp einer complicirten Fractur mit kleiner Hautverletzung sind gegenwärtig unsere Schussverletzungen. Sie werden, ganz gleichgiltig wo sie sind, wenn nicht Nebenumstände ein operatives Eingreifen erfordern, primär nur conservativ behandelt, und so ist es auch bei den Schussverletzungen des Schädes. Die Ausnahmen hat v. Bergmann in seiner Arbeit «Ueber die Einheilung von Pistolenkugeln im Hirn, nebst Bemerkungen zur Behandlung von Schusswunden im Kriege» niedergelegt. «Primär ist es nur dann gestattet, die Haut- resp. Knochenwunde zu erweitern:

1. Wenn eine Stelle im Schädel durchbohrt ist, unter welcher die Art. mening. med. zu liegen scheint, und sich am Verwundeten die Symptome der Verletzung dieser Arterie charakteristisch entwickelt haben, d. h. der Getroffene Anfangs bei Besinnung war, nach ein paar Stunden sie aber unter Entwickelung unverkennbarer Hirndruckerscheinungen, ja vielleicht sogar Lähmung der gegenüber liegenden Körpertheile, verlor.

2. Wenn die motorische Rindenregion getroffen ist und bald nach dem Schusse Reizerscheinungen eintreten, Krämpfe und krampfhafte Zuckungen, oder Fingercontractur auf der gegenüberliegenden Seite. Hier wäre es denkbar, dass ein in die Hirnrinde getriebener Splitter den eintretenden Reiz auslöste und unterhielte.

Eine secundäre Trepanation ist indicirt:

1. Wenn in den ersten Tagen sich ein acuter Hirnrindenabscess zu bilden scheint; ein solcher muss auf jeden Fall entleert werden.

2. Wenn in späterem Stadium die Erscheinungen eines tiefen Hirnabscesses, welcher bekanntlich nach völliger Heilung der Wunde oft nach Wochen und Monaten sich bilden kann, vorhanden sind.»

6. Am 8. VIII. 1897 wurde ein Mann, G. H., vom Garnisonslazareth Landshut auf diesseitige Station verlegt.

Derselbe war am 22. V. Morgens bei einer Felddienstübung verunglückt, indem ihm beim Entspannen des Schlosses das blindgeladene Gewehr losging, und das Holzgeschoss einer Platzpatrone in's linke Auge und muthmaasslich in den linken Hirnlappen drang. Man fand bei der ärztlichen Untersuchung die Weichtheile der linken Augen-, Backen- und Nasengegend beträchtlich geschwellt, blauröthlich verfärbt, grösstentheils zerfetzt und verbrannt. Das untere Augenlid fehlte vollständig, oberes zur Hälfte. Der Inhalt der linken Augenhöhle ist vollkommen zertrümmert. Die das Foramen opticum umgebenden Knochen, sowie der Arcus supraorbitalis sind durchschlagen. Vom Augapfel ist nur ein zerfetztes Stück der Sklera übrig. Gehirnsubstanz, dem linken Stirnlappen angehörig, fliesst als dunkelrothbrauner Brei aus der Augenhöhle. Die ganze linke Kopf- und Halsseite ist auf geringen Druck äusserst schmerzhaft. Bewusstsein ist unvollkommen, es bestehen leichte Delirien; Erbrechen von dunkelbraunen Massen, keine Lähmungserscheinungen, Puls 66 in der Minute, kaum fühlbar. Die Extremitäten fühlen sich kühl an, es bestehen aber keine Sensibilitätsstörungen.

Mit Tupfern wurde die breiige Gehirnsubstanz und das Blut vorsichtig entfernt, die Orbita mit Jodoformgaze austamponirt und subcutan Aether gegeben. Als der Puls sich Nachmittags gehoben hatte, wurde zur genauen Untersuchung narkotisirt.

Der durch die Schussöffnung des Daches der Orbita eingeführte Finger gelangte 8 cm nach oben in die Stirnhöhle, woselbst mehrere Knochensplitter gefühlt und entfernt wurden.

Der weitere Verlauf in Landshut gestaltete sich nun in der Weise, dass unter Temperatursteigerungen bis 38,8°, bei stetem vollen Bewusstsein und ohne Auftreten von Lähmungs- oder Reizsymptomen sich eine grosse Anzahl von Knochensplittern und gan-

graenöse Zellgewebsfetzen, sowie Gehirnsubstanz abstiessen. Schliesslich verblieb an der Einschussöffnung eine gänsekieldicke Fistel, welche ständig mässige Mengen Eiters entleerte, und keine Tendenz zur Heilung zeigte.

Am 7. VII. erfolgte die Transferirung des Patienten auf die chirurgische Abtheilung des k. Garnisonslazarethes München.

Hierorts wurde in die Fistelöffnung vorsichtig eine Sonde eingeführt, und sodann der Schädel mit Röntgenstrahlen durchleuchtet. Hiebei sah man, dass die Richtung der Fistel sich schief nach oben und hinten, also in einer Linie, welche von der Mitte des Margo supraorbitalis gegen die Mitte der Sutura coronaria verläuft, hinzieht.

Am 13. VII. schritt ich zur Eröffnung des tiefen Hirnabscesses. Unter Chloroformnarkose wurde der Arcus supraorbitalis und das Tuber frontale durch einen ⊥-Schnitt ausgedehnt, blossgelegt und des Periostes entblösst; sodann wurde der die Fistel umgebende Knochen bis gegen die Glabella hinauf theils mit dem Meisel, theils mit der Luer'schen Zange abgemeiselt resp. ausgebrochen, bis die Fistel in der Dura und die Hirnhaut selbst in der Ausdehnung eines Thalers blosslag. Die Dura selbst war hyperaemisch, verdickt, mit fibröser Auflagerung bedeckt und pulsirte nicht; sodann spaltete ich, von der Fistel nach aufwärts gehend, die Dura, bis ich mit dem Finger in die Abscesshöhle eingehen konnte. Es entleerte sich nur eine geringe Menge Eiter. Ich tastete nach etwa zurückgebliebenen Theilen des Projectils, jedoch ohne Erfolg. Nunmehr legte ich einen fingerdicken, ungefähr 8 cm langen Drain in das Gehirn.

Die ersten 5 Tage war das Befinden ein vollkommen normales, fieber- und schmerzfreies; am 6. dagegen bekam Patient einen epileptoiden Anfall. Er wurde plötzlich bewusstlos, stark cyanotisch und hatte Krämpfe in sämmtlichen Extremitäten. Dieser Zustand dauerte über eine Stunde. Nach dem Erwachen aus dem Anfalle war Patient einige Minuten noch benommen, dann normal

Im weiteren Verlaufe kam es zu keinen derartigen Störungen mehr. Die Drainage wurde von 8 zu 8 Tagen etwas gekürzt, dann ging ich zu einem kleineren Caliber über, bis endlich am 16. IX. vollständige Vernarbung der Operationswunde eintrat.

Die Euphorie nach Schluss des Schädels dauerte aber nicht lange. Am 1. X., also 14 Tage nach der vollständigen Vernarbung klagte Patient über Schwindel; die Temperatur stieg auf 38,2°, er erbrach, der Puls war 108 in der Minute, zeitenweise hatte er Zuckungen an der linken Nasolabialfalte.

Nun folgte wieder eine Pause vom 2. X. bis 17. XI., also 46 Tage, in denen sich Patient vollkommen wohlbefand.

Da trat plötzlich ohne Vorboten und unabhängig von der Nahrungsaufnahme Erbrechen auf, dem intensiver Kopfschmerz folgte. Die Temperatur stieg auf 38,3°, die Pulszahl sank auf 56 pro Minute. Patient war vollkommen bei Bewusstsein; es bestanden weder Lähmungen noch Reizsymptome. Auch von dieser Attaque schien sich Patient wieder zu erholen, indem in den 2 darauf folgenden Tagen die Kopfschmerzen mehr und mehr sich verloren, die Pulszahl auf 64 stieg, und die Temperatur wieder normal wurde.

Aus den wiederholten Anfällen mit Temperatursteigerungen wurde geschlossen, dass es sich bei dem Patienten um multiple Hirnabscesse handle; aus diesem Grunde wurde von einem weiteren operativen Eingriffe Umgang genommen, umsomehr, da keine Erscheinungen in der Peripherie über den Sitz der Eiterherde irgend welchen Aufschluss gaben.

Am 22. XI. traten auf's Neue die heftigsten Kopfschmerzen auf und grosse motorische Unruhe. Die Temperatur stieg auf 38,9°, die Pulszahl auf 120, die Athemzüge 30 pro Minute. Patient wurde benommen, und während Tags zuvor die Pupillen noch prompt reagirt hatten, hörte jede Reaction auf; der Cornealreflex schwand; es trat Nackenstarre auf, sodann Kiefersperre; Nachts 2 Uhr trat unter heftigem Erbrechen Exitus letalis ein.

Aus dem Sectionsprotocoll gebe ich nur kurz den Befund der Schädelhöhle, da die übrigen Höhlen des Körpers normalen Befund aufwiesen. Es zeigt sich, dass die Operationswunde vollkommen geheilt, und der Defect im Schädel durch Bindegewebe ausgefüllt war.

Im linken Stirnlappen selbst fanden sich, getrennt von der Narbe in der weissen Substanz, 2 Abscesse von der Grösse einer Haselnuss vor. Der tiefer gelegene war in den Ventrikel hinein aufgebrochen, und hatte auch diesen mit Eiter erfüllt.

f) Trepanation bei complicirten Fracturen.

Während bei den subcutanen Brüchen des Schädels nur intracranielle Blutungen oder Absplitterungen der Tabula interna, wenn die Splitter durch ihre ungünstige Lage eine deletäre Wirkung auf die Gehirnrinde ausüben, ein actives Vorgehen erfordern, hat bei allen complicirten Schädelfracturen eine active Behandlung Platz zu greifen. Wir müssen uns durch Erweiterung der Wunde von dem Zustande der Fractur überzeugen, die Depressionen müssen elevirt werden, nicht wegen der Depression als solcher, sondern wegen der Desinfection der Fractur; wir können ohne Entfernung der Splitter zumeist die zwischen die Knochenwände eingezwängten Haare etc. nicht entfernen.

7. Am 17. I. 1889 erlitt ein Mann von einem Pferde mit dem Hufe einen Schlag auf den Kopf, so dass er sofort bewusstlos war. Bei seiner Aufnahme in's Lazareth befand er sich noch in somnalentem Zustande, gab jedoch auf Befragen deutliche und klare Antworten.

Das rechte obere Augenlid wird beim Aufblicken nur wenig bewegt; die rechte Pupille bleibt auf Lichteindruck weiter als die linke. Die rechte Gesichtshälfte ist nach links verzogen, ebenso weicht die Zunge beim Herausstrecken nach links ab. Die rechte Ober- und Unterextremität sind vollständig gelähmt. Der Puls ist sehr unregelmässig, sehr verlangsamt, aber ziemlich voll. Die Untersuchung der Verletzung, wobei Patient beim Niederlegen auf den Operationstisch im rechten Bein klonische Krämpfe bekommt, bietet nach Abnahme des Verbandes folgendes Bild:

Auf dem linken Scheitelbeine befindet sich eine stark klaffende, von hinten und aussen nach oben und innen ziehende, ca. 8 cm lange, noch leicht blutende Wunde mit unregelmässig zerrissenen Rändern. Der untersuchende Finger fühlt deutlich in der ganzen Länge der Wunde eine tiefe Knochenimpression.

Unter Chloroformnarkose wird nun zur Trepanation geschritten. Nach Erweiterung der Wunde und Abmeiselung mehrerer scharfer Knochenränder werden die ungefähr 2 cm tief eingedrückten Knochentheile mit der Zange entfernt und zwar im Ganzen sechs Stücke, von denen das grösste eine Länge von 5 cm und eine Breite von 3 cm hatte, während ein anderes 5 cm lang und 1/2 cm breit war. Der Defect im Knochen ist oval und hat eine Länge von 5 cm und eine Breite von 4 cm.

Nachdem so durch die Entfernung der Knochensplitter das Schädelinnere freigelegt ist, zeigt sich ein ca. 2 cm langer Riss in den Gehirnhäuten; das Gehirn ist, soweit sichtbar, blutig durchsetzt. Von einem weiteren Eingriff wird Abstand genommen, und lediglich noch die Blutung, theils durch Unterbindung, theils durch Chloroformwasser gestillt. Die Wundhöhle wird mit Jodoformgaze tamponirt, und darüber ein antiseptischer Verband angelegt. Zur Verhütung weiterer Blutungen wird eine Eisblase auf den Kopf gelegt.

Im Laufe der nächsten Tage, während welcher Patient vollkommen fieber- und schmerzfrei war, gehen allmählich die Lähmungserscheinungen der rechten Gesichtshälfte, der Zunge, sowie der rechten unteren Extremität zurück, während die Paralyse des rechten Armes anhält. Dagegen macht sich eine Alteration des Sprachcentrums bemerkbar, denn Patient vermag nur langsam und gebrochen zu sprechen, findet auch zuweilen das richtige Wort nicht.

Am 4. I. bekommt derselbe plötzlich einen epileptiformen Anfall, das Gesicht ist krampfhaft nach rechts verzogen, sämmtliche Muskeln der rechten Gesichtsseite befinden sich in lebhafter Zuckung, während die Extremitäten frei bleiben. Der Anfall dauerte ungefähr 5 Minuten. Da die Kopfwunde bisher reactionslos geblieben war, schien nach 8 Tagen behufs Erzielung eines knöchernen Verschlusses des Schädeldaches eine Knochentransplantation indicirt. Ich implantirte Knochenperioststückchen aus der Tibia auf die Dura.

Anfangs November konnte Patient entlassen werden. Der Befund war folgender:

Ueber dem linken Schädelbein ist eine trichterförmige Vertiefung des Schädels, so dass man leicht 2 Finger in dieselbe einlegen kann. Druck auf die Tiefe ruft kleine Schmerzen hervor. Man fühlt keine Gehirnpulsation. Lässt man den Kranken husten, wölbt sich der tiefste Punkt der trichterförmigen Einziehung nach aussen vor. Ein vollständiger knöcherner Verschluss scheint bloss am Rande des fracturirten Knochens zur Zeit vorhanden zu sein, während in der Mitte die Knochenstückchen resorbirt worden zu sein scheinen. Der rechte Arm ist noch leicht paretisch, die rechte untere Extremität etwas schwächer als die linke; doch bestehen in Bezug auf Psyche, Motilität und Sensibilität normale Verhältnisse.

8. M. H., 20 Jahre alt, kam am 7. III. 1889 in meine Behandlung. Derselbe war nach vorausgegangenem Streite mit einem Seitengewehre über den Kopf geschlagen worden.

Patient ist vollkommen bei Bewusstsein, keine Lähmungs- oder anderweitige Gehirnsymptome, Puls regelmässig, voll. An der rechten Seite des Schädels findet sich eine, über der rechten Glabella beginnende, und sich bis zum rechten Scheitelbeinhöcker hinziehende Hiebwunde, in deren Tiefe sich eine 5 cm lange und 1 cm breite Knochendepression befindet. In der Depression viele Haare eingeklemmt.

Unter Chloroformnarkose wurden die Ränder der Lamina externa abgemeiselt, und die deprimirten Knochenstücke der Lamina interna entfernt. Die Dura war intact. Desinfection. — Der Verlauf war ein vollkommen fieberfreier und aseptischer.

Am 19. IV. wurde der Defect durch Implantation von Knochenstückchen aus der Tibia gedeckt. Bei der Entlassung aus der Behandlung am 2. VII. fand sich über der Verletzung eine solide, etwas eingezogene Narbe. Unter derselben war ein knöcherner Verschluss der Knochenlücke zu fühlen, indem bei Hustenstössen keine Vorwölbung nach aussen eintrat.

9. P. H., 21 Jahre alt, wurde am 3. II. 1892 in somnolentem Zustande auf die chirurgische Abtheilung des k. Garnisonslazarethes nach München verbracht. Zum Bewusstsein gekommen, gab er an, es sei ihm nach dem Essen unwohl geworden; er sei zusammengefallen, und bei dem Fall mit dem Kopfe auf einem Thürschloss aufgefallen.

Die objective Untersuchung ergab in dem hinteren unteren Winkel des linken Scheitelbeines eine 6 cm lange Risswunde. Der in die Wunde eingeführte desinficirte Finger liess erkennen, dass unter derselben der Schädel in der Ausdehnung eines Dreimarkstückes eingeschlagen war. Um die Knochenfractur genügend desinficiren zu können, wurden die Knochenränder abgemeiselt und die Knochensplitter der äusseren und inneren Tafel des Schädels entfernt, so dass die harte Hirnhaut in der oben bezeichneten Ausdehnung blosslag; dieselbe zeigte sich blutig suffundirt, jedoch deutlich pulsirend. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze austamponirt und sodann antiseptisch verbunden.

Der Verlauf war ein vollkommen fieberfreier und aseptischer; das Allgemeinbefinden in keiner Weise gestört.

Am 12. II. wurde der Schädeldefect nach der König'schen Methode gedeckt, indem ein dem Defect entsprechender gestielter Knochenperiostlappen an der Seite des Defectes abgemeiselt und in den Defect hinein transplantirt wurde. Auch der Verlauf dieser Operation war ein vollkommen aseptischer und fieberfreier. Bei seiner Entlassung im Juli 1892 fand man im hinteren unteren Winkel des linken Scheitelbeines den Defect vollkommen knöchern ersetzt und über dem Ersatz eine eingezogene, schwielige, mit der Unterlage verwachsene Narbe.

10. Am 24. V. 1892, Abends, kam ein Mann in meine Behandlung, welchem kurz zuvor, während er unter einem Neubau durchging, vom vierten Stockwerke herab ein mit Mörtel gefüllter eiserner Kübel direct auf den Kopf gefallen war. Bewusstsein und Gedächtniss waren durch das Trauma keinen Augenblick verloren gegangen und konnte Patient bei seiner Aufnahme auf Befragen über den Hergang richtigen Aufschluss geben; dagegen zeigte sich eine ausgesprochene motorische Paralyse und Anaesthesie der rechten oberen und unteren Extremität. Puls und Athmung waren normal.

Die objective Untersuchung des Schädels ergab eine 15 cm lange complicirte Depressionsfractur. Die Depression fand sich am linken Scheitelbein, begann an der Coronarnaht und lief parallel mit der Sagittalnaht, ungefähr einen Finger breit von ihr entfernt, nach rückwärts bis zur Lambdanaht. Die Breite der Depression schwankte zwischen 1 und 3 cm, die Umgebung war blutig suffundirt, die Haare mit Mörtel, Blut, Knochensplittern und Gehirnmasse (ungefähr 2 Esslöffel) bedeckt.

Unter Chloroformnarkose erweiterte ich die vorhandene Hautwunde, um mich von der Ausdehnung der Fractur überzeugen und die Wunde genügend desinficiren zu können. Hiebei sah ich, dass die Tabula interna, wie immer, so auch hier in ausgedehnterem Maasse als die Tabula externa eingedrückt war, dass die Knochensplitter derselben um ihre Längs- und Querachse gedreht, übereinanderlagen und theilweise tief in das Gehirn hineinspiessten.

Um die Splitter entfernen zu können, mussten die Ränder der Tabula externa beiderseitig in der Ausdehnung von je einem halben Centimeter abgemeiselt werden. Bei Entfernung einer grösseren Lamelle entstand eine sehr bedeutende Blutung aus zwei Rissen im Sinus longitudinalis, welche jedoch durch Compression mit Jodoformgaze gestillt werden konnte.

Die Gehirnmasse war, soweit sie zu Tage lag, zertrümmert und blutig infiltrirt; von der Dura und Pia mater liessen sich nur einzelne zerfetzte Ränder auffinden. Pulsation bestand naturgemäss nicht. Die Wunde wurde einfach antiseptisch mit Jodoformgaze verbunden und eine Eisblase auf den Kopf gelegt.

Der 1. Verbandwechsel erfolgte am 3. Tage, da in der Zwischenzeit Patient vollkommen fieber- und schmerzfrei war. Hiebei zeigte sich, dass das Gehirn sich ziemlich stark in den Schädeldefect vorwölbte; die Sinusrisse, Gehirnhäute und Gehirn waren an verschiedenen Stellen mit einander verklebt, an den Verbandstücken befand sich eine demarkirte Gehirnsubstanz. Die Anaesthesie der rechten Körperhälfte war verschwunden, die Bewegung einzelner Muskel wiedergekehrt, so dass man nur mehr von Hemiparese sprechen konnte.

Das Hauptaugenmerk wurde nunmehr auf die Hintanhaltung des Gehirnoedems gelegt und bei jedem Verbandwechsel aus Jodoformgaze eine feste graduirte Compresse gefertigt, und diese fest mit Bindentouren in die Schädellücke fixirt.

Allmählich bedeckte sich im Laufe der nächsten Tage die Dura mit Granulationen, dieselbe wölbte sich aber trotz Compression, an einigen Stellen schwach pulsirend, immer mehr vor, so dass, um einer Hernia cerebri vorzubeugen, eine plastische Deckung des Substanzverlustes dringend geboten erschien.

Am 17. VI. wurde unter Chloroformnarkose eine Knochentransplantation in der Weise vorgenommen, dass von der Seite her, dem Umfange der Knochenlücke entsprechend, ein gestielter, Kopfschwarte, Knochenhaut und Corticallamellen umfassender Lappen vom Schädel seitlich von dem Defecte abgemeiselt und in den Defect hineingedreht und genäht wurde. Auch dieser operative Eingriff verlief ohne Fieber und Störung des Allgemeinbefindens. Die Wundfläche, von welcher der Knochengerüstlappen genommen war, heilte unter Granulationsbildung.

Im weitereren Verlaufe verschwanden die Lähmungserscheinungen immer mehr und mehr, Patient verliess bald mehrere Stunden des Tages das Bett. Der transplantirte Lappen heilte reactionslos ein, Ende December erfolgte die Entlassung.

Man fand entsprechend der Knochendepression eine rinnenförmige Vertiefung im Schädel, welche im Allgemeinen der Grösse der Depression entsprach und sich gegen das Centrum des Schädels zu 1 cm tief verfolgen liess. In der Mitte der Depression fühlte man noch schwach synchron mit dem Herzstosse an der Art. radialis die Gehirnpulsation. Druck auf den Defect rief keine Schmerzen, auch keine Drucksymptome hervor. Drei Finger breit von der Sagittalnaht nach links befand sich eine spindelförmige, 10 cm lange, mit der Sagittalnaht parallel verlaufende, 2 cm breite, mit dem darunter liegenden Knochen fest verwachsene, strahlige, livid verfärbte, auf Druck nicht empfindliche Hautnarbe, herrührend von der Entnahme des Knochenlappens. Soweit die Schädelverletzung.

Was die Rückwirkung auf den Gesammtorganismus betraf, so war das Facialisgebiet intact, eine Abmagerung und dadurch bedingter Unterschied in der Circumferenz irgend einer Extremität war nicht zu constatiren; dagegen war die Beweglichkeit des rechten Armes in der Weise etwas behindert, als nicht sämmtliche Muskeln zur Erreichung dieses Zweckes normal zusammenwirkten. Es bestand also eine Parese der rechten oberen Extremität, ohne dass jedoch die rohe Kraft wesentlich herabgesetzt war. An der rechten unteren Extremität machte sich bei längerem Stehen ein leichter Tremor geltend, welcher den Patienten zwang, öfters die Stellung des Fusses zu ändern. Eine Atrophie der rechten unteren Extremität bestand nicht, dagegen war auch diese etwas paretisch, und war Patient insbesondere nicht im vollen Gebrauche der vom Nervus ischiadicus versorgten Musculatur. Er hob, ähnlich wie die Tabiker, den rechten Fuss hahntrittartig in die Höhe und zog ihn sodann bei der Hebung des gesunden schleifend nach. Schmerzen im Arme oder Fusse bestanden nicht.

11. H. P., 21 Jahre alt, wurde am 21. XII. 1897 in bewusstlosem Zustande auf die chirurgische Abtheilung verbracht. Nach dem Berichte der den Transport besorgenden Leute war derselbe im Stalle neben einem Pferde bewusstlos aufgefunden worden.

Bei der hierorts vorgenommenen Untersuchung fand sich über der linken Schädelseite, einen Querfinger oberhalb und etwas hinter der Ohrmuschel gelegen, eine 8 cm lange und 3 cm breite Wunde.

Der eingeführte Finger constatirt, dass im Grunde der Wunde ein Knochenstück stark deprimirt war; ferner, dass dieses letztere nach hinten zu von einer scharfen Knochenkante überragt war. Während der Untersuchung kam Patient etwas zu sich, gab aber nur sehr verworrene Antworten. Die Pupillen verhielten sich normal, der Puls betrug 78 Schläge in der Minute; Lähmungserscheinungen oder Krämpfe fehlten.

In Chloroformnarkose wurde die Wunde erweitert und dabei constatirt, dass das deprimirte Stück etwa die Grösse eines Thalers hatte, dass es mehrfach zersplittert war, und theils dem Schläfe-, theils dem Scheitelbeine angehörte. Im oberen Wundwinkel war die Dura eingerissen, und lag das Gehirn frei zu Tage. Nach Abmeiselung der überstehenden Knochenstücke wurde das eingedrückte Knochenstück mit dem Elevatorium entfernt; dabei entstand eine sehr reichliche venöse Blutung, welche mit Jodoformgazetamponade gestillt wurde.

Die zwei nächsten Tage war das Befinden des Rubricaten sehr befriedigend; derselbe war zwar noch immer etwas benommen, doch nahm er Nahrung zu sich. Der Puls war nicht verlangsamt, die Temperatur normal. Patient klagte nur zeitweilig über dumpfen Kopfschmerz, dagegen stellten sich weder Lähmungen noch Krämpfe ein.

Am 4. Tage wurde zum ersten Male beobachtet, dass der Kranke nur mit grossen Anstrengungen Antwort zu geben im Stande war; ob es sich hiebei um eine Störung des Sensoriums handelte, oder eine rein motorische Sprachstörung vorlag, konnte mit Sicherheit nicht eruirt werden.

Der Umstand, dass Patient zeitenweise selbst Rechenexempel löste, und die resultirende Zahl, wenn auch stark stotternd, aber doch ganz richtig hervorbringen konnte, spricht für die letztere Annahme um so mehr, als sich die Verletzung ganz in der Nähe des Sitzes des motorischen Sprachcentrums befand, und dasselbe durch collaterales Oedem sehr leicht afficirt sein konnte. Im Uebrigen hat sich diese Sprachstörung im Verlaufe von 3 Tagen wieder vollständig zurückgebildet. Zwölf Tage nach der Verletzung war das Befinden des Kranken ein vollkommen normales, die Wunde war aseptisch, die Dura pulsirte, wesshalb zur Deckung des Substanzverlustes nach «König» geschritten wurde. Der Knochenperiostlappen heilte per primam ein, und konnte Ende April das Krankheitsbild als abgeschlossen betrachtet werden. Es bestand dem Knochendefecte entsprechend eine feste Narbe; durch dieselbe ist weder Respiration noch Pulsation sichtbar oder fühlbar. Erscheinungen von Seiten des Gehirns fehlen vollständig.

12. B. H., 21 Jahre alt, gab bei der Aufnahme im Lazarethe an, er sei soeben von einem Pferde mit dem Hufe gegen den Kopf geschlagen worden.

Patient sieht nicht collabirt aus, Puls ist 78, kein Erbrechen, Pupillen normal, reagirend, keinerlei Lähmungs- oder Reizsymptome.

Ueber dem linken Stirnbeine oberhalb des äusseren Augenwinkels, ½ Querfinger von demselben entfernt, eine 4 cm lange, 2 cm breite, weit klaffende Wunde, welche ziemlich stark blutet. In der Tiefe der Wunde sieht man ein ovales, 3 cm langes, 1 cm breites Knochenstück, welches von seiner Umgebung losgetrennt, tief hinein in das Gehirn gedrückt ist. Das deprimirte Knochenstück zeigt selbst wieder mehrere Fissuren und wird überragt von dem angrenzenden Knochen. Blutung ziemlich bedeutend. Unter Chloroformnarkose wurde die Weichtheilwunde erweitert und die Knochendepression manifest gemacht; hiebei zeigte sich, dass auch das äussere Drittel des Orbitaldaches lose war, und nur durch Periost noch mit dem Schädel im Zusammenhange stand.

In der in den vorausgegangenen Fällen beschriebenen Weise wurde auch hier verfahren, und die Knochenstücke mit Ausnahme des Orbitalbogens entfernt. Die Dura war in der ganzen Ausdehnung eingerissen; aus dem Risse quoll Gehirnsubstanz hervor. Die Wunde wurde mit Jodoformgaze austamponirt; aseptischer Verband.

In den nächsten Tagen bildete sich in der Umgebung der Orbita eine kleine Phlegmone aus, welche eine Temperatursteigerung bis zu 39° C. des Abends veranlasste. Nach Abstossung einiger Zellgewebspfröpfe in der Schläfegegend hörten auch die Temperatursteigerungen auf.

Die Deckung des Substanzverlustes erfolgte in der gleichen Weise nach «König», wie in den vorausgegangenen Fällen.

Patient befindet sich noch in Behandlung. Die Wunden sind nahezu verheilt; weder von Seiten des Gehirns, noch von Seite des linken Auges bestehen Störungen.

In dem nachfolgenden Falle wurde die Trepanation secundär bei vorhandener Pachymeningitis externa ausgeführt.

13. I. F., 19 Jahre alt, erlitt am 6. IV. 1891 von einem Pferde einen Hufschlag an den Kopf. Er fiel durch die Wucht des Schlages sofort zu Boden, war jedoch nicht bewusstlos und verspürte nur geringe Schmerzen. Die objective Untersuchung wenige Stunden nach der Verletzung ergab Folgendes: Ueber dem Stirnbeine, fast in der Medianlinie eine 6 cm lange, sämmtliche Weichtheile bis auf den Knochen durchdringende Längswunde. Der Knochen lag 5 cm lang und 1 cm breit des Periostes entblösst und muldenförmig mässig eingedrückt bloss; von oben nach unten verlief eine 5 cm lange Fissur.

Ich hatte bis jetzt stets bei complicirten Depressionsfracturen sofort trepanirt, d. h. mit Meisel und Hammer die Ränder der Depression ausgemeiselt und die deprimirten Stücke entfernt, jedesmal mit Erfolg. Da in dem vorliegenden Falle die Wunde so rein, auch nicht ein Haar in der Fissur zu entdecken war, so beschloss ich, zum erstenmale, conservativ vorzugehen.

Ich desinficirte energisch, tamponirte mit Jodoformgaze und verband antiseptisch.

Das Allgemeinbefinden des Patienten war in den ersten Tagen völlig normal; dann stellte sich plötzlich Schlafsucht ein, die Temperatur stieg allmählich, der Puls war klein und frequent, Patient erbrach öfters, hatte heftige Schmerzen im ganzen Kopf, Nachts bestand grosse Unruhe, Delirien. Ich schrieb diese Zeichen einer beginnenden Meningitis zu, und schien mir ganz das einzige Mittel, den Kranken zu retten, die Trepanation.

Unter Chloroformnarkose meiselte ich die Tabula externa über der entblössten Knochenstelle in der Ausdehnung eines Markstückes aus, und sofort zeigte sich in der Diploë Eiteransammlung; nunmehr entfernte ich, ebenfalls mit Meisel und Hammer, ein gleich grosses Stück der Tabula interna und sah nun, dass die Dura vom Knochen abgelöst, wesentlich injicirt und eitrig belegt war, jedoch deutlich pulsirte. Ich spülte die Dura ab, entfernte mit einem Jodoformbäuschchen den Belag, tamponirte die Wunde und verband antiseptisch.

Die Kopfschmerzen hielten noch 3 Tage an, ebenso das Fieber; dagegen verloren sich sofort die Somnolenz, die Delirien und die Unruhe bei Nacht.

Am 5. Tage (h.) nach der Operation hatte Patient plötzlich grosse Athemnoth, welche bei negativem Lungen- und Herzbefund ½ Stunde anhielt, und an die sich eine ganz profuse Schweisssecretion anschloss.

Von dieser Zeit an war das Allgemeinbefinden ein normales und entliess ich den Patienten am 29. Juli geheilt.

9) Trepanation wegen Hirndruck.

Der hier vorgetragene Fall, in welchem wegen Blutung aus der Arteria meningea media die Trepanation vorgenommen wurde, ist bereits in No. 39 der Münch. med. Wochenschr. vom Jahre 1897 veröffentlicht.

August Socin †.

Am Morgen des 22. Januar starb in Basel nach einer nur wenige Tage dauernden acuten Krankheit im 62. Lebensjahre August Socin, o. ö. Professor für Chirurgie in Basel, ein Mann, der im kleinen Kreise und etwas abseits wirkend, seinen Namen doch weithin bekannt gemacht hat.

August Socin entstammt einem alten, berühmten Basler Geschlecht und wurde am 21. Februar 1837 in Vevey geboren, wo sein Vater Pfarrer der deutschen Gemeinde war; früh des Vaters beraubt, durchlief er dank seiner glänzenden Fähigkeiten die Schulen Basels rasch. Kaum 17 jährig in Basel als Student der Medicin immatriculirt, vollendete er seine Studien in Würzburg. An seinem 20. Geburtstag — und es ist dies kein Zufall, denn früher wurde er zur Promotion nicht zugelassen — promovirte er hier mit der Dissertation: «De intoxicatione saturnina chronica.»

Er ergänzte seine Ausbildung in Wien, Prag und Paris; maassgebend für seine medicinische Richtung war besonders die letztere Stadt, wo Pirogoff einen nachhaltigen Einfluss auf ihn ausübte. Im Herbst 1859 kehrte er nach Basel zurück und wurde Assistenzarzt der chirurgischen Abtheilung im Bürgerspital. Er habilitirte sich im Jahre 1861 und mit 25 Jahren war er Ordinarius und Oberarzt der chirurgischen Abtheilung, denn sein Chef — ein älterer, gewissenhafter, aber wenig activer Herr — erkannte die Bedeutung seines Assistenten und gab ab, «weil er unter einem solchen Assistenten nicht länger Oberarzt sein könne», wie er sich ausdrückte.

Da der chirurgischen Abtheilung damals noch die Augenleiden, Geburtshilfe und Gynäkologie zugetheilt waren, fand Socin ein reiches Feld für seine Thätigkeit vor; keiner eigentlichen Schule angehörig, in technischer Beziehung fast ein Autodidact, machte er seinen Namen durch seine operativen Erfolge und sein organisatorisches Talent bald bekannt; seinen weiten Blick und seine Energie documentirte er dadurch, dass er als einer der Ersten auf dem Continent die Lister'sche Wundbehandlung in ihrer Tragweite erfasste und sie schon 1866 auf seiner Abtheilung einführte (durch einen Assistenten, der sich bei Lister selber informiren musste, kannte er dessen Principien schon vor deren Publication).

Seiner Vaterstadt ist er bis zu seinem Tode treu geblieben; mehrere verlockende Berufungen (Bern, Freiburg, Würzburg) hat er abgelehnt, weil er seine Aufgaben in Basel für wichtiger und erspriesslicher erachtete.

Unterbrochen wurde seine Lehrthätigkeit im Jahre 1866, wo er mit einem Assistenten auf den österreichischen Kriegsschauplatz eilte und in Verona thätig war; eine schwere Dysenterie brachte ihn damals an den Rand des Grabes. Ferner im Jahr 1870, wo er in Carlsruhe mit der Leitung der Reservelazarethe betraut wurde und sein chirurgisches Wissen und Können und sein Organisationstalent in segensreicher Weise entfalten konnte.

Als Frucht dieser letzten Zeit erschienen im Jahre 1872 die «Kriegschirurgischen Erfahrungen», in medicinischer Beziehung wohl eines der besten Werke, welche die Kriegszeit 1870/71 gezeitigt hat, ein Werk, das durch die Gewissenhaftigkeit und Objectivität, mit welcher die Fülle der gesammelten Beobachtungen wiedergegeben wird und durch die Klarheit, die in pathologischen Fragen oft prophetisch wird, einen bleibenden Werth behält.

Socin ist sonst publicistisch auffallend wenig hervorgetreten — auffallend, denn wer ihn kannte, wusste, dass er Alles besass, was dazu gehörte. Der Grund davon lag einmal in einer gewissen Scheu vor dem gedruckten Wort, in einer peinlichen Gewissenhaftigkeit für Alles, was aus seinen Händen ging und zwar nicht nur was den Inhalt, sondern auch was die Form betraf. Er hasste alles Unfertige und Halbe, und der Mann, dem Gedanke, Rede und Erfahrung so zu Gebote standen, war von einer ausserordentlichen Aengstlichkeit bei der Abfassung seiner Arbeiten.

Die «Krankheiten der Prostata», im Jahr 1875 als Theil des Pitha-Billroth'schen Handbuches erschienen, sollte

GALERIE HERVORRAGENDER ÄRZTE UND NATURFORSCHER.

August Socin.



A. Socin

Beilage zur Münchener medicinischen Wochenschrift. 46;322 (7 Mr 99)
Verlag von J. F. LEHMANN in München.



jetzt umgearbeitet und erweitert — sehnlichst erwartet von den Fachgenossen — als würdiges Glied der «deutschen Chirurgie» herauskommen; schon waren die ersten Bogen gedruckt, als der Tod den Rastlosen abrief; die Sorge um dieses Werk bedrückte ihn noch in seinen letzten Stunden.

Am besten werden die Leistungen und die Denkweise Socin's charakterisirt durch die «Jahresberichte der chirurgischen Abtheilung in Basel», eine Publication, die er im Anschluss an die ähnlichen Berichte seines Freundes Billroth seit dem Jahr 1870 fortlaufend Jahr für Jahr erscheinen liess. Wie die Billroth'schen Berichte entstanden sie aus dem Bedürfniss «nach Klarheit über das, was wir wissen und das, was wir nicht wissen, nach unbedingter Wahrhaftigkeit gegen sich selbst und die Andern,» sie beleuchten das Material und die Thätigkeit — Erfolge und Misserfolge — einer chirurgischen Klinik bis in die hintersten Winkel an der Hand sorgfältig geführter Krankengeschichten, ohne Epikrise und ohne Commentar.

Mit seinem Namen verknüpft sind ferner die Arbeiten über die Radicalheilung von Hernien, die er selber herausgab oder durch seine Schüler erscheinen liess, und die intraglanduläre Enucleation parenchymatöser Kröpfe, eine Operationsmethode, die sich an den meisten Kliniken Eingang verschaffte.

An den Congressen war er ein gern gesehener Besucher: gehörte er doch zu den Gründern der «deutschen Gesellschaft für Chirurgie» und gleicherweise der «Société française de Chirurgie»; der persönliche Verkehr und Meinungsaustausch mit seinen Collegen war für ihn ein inneres Bedürfniss und er fehlte an diesen Zusammenkünften selten.

Was Socin bekannt und beliebt machte, waren aber nicht nur seine wissenschaftlichen Leistungen oder seine operativen Erfolge, noch seine Wirksamkeit als Lehrer, zu dem er durch sein Pflichtgefühl und ein hervorragendes oratorisches Talent in hohem Grade aptirt war, sondern es war der Zauber seiner Persönlichkeit, dem sich Keiner entziehen konnte. Eine Herrennatur im guten Sinn des Wortes, mit tiefem sittlichen Ernst; ausgestattet mit einem klaren Verstand, der ihm in allen Situationen den richtigen Weg wies, mit einem feinen Tactgefühl, das ihm stets das richtige Wort auf die Zunge legte; von grosser Herzensgüte und mit einem unendlichen Vorrath an Geist und Humor — so steht er in der Erinnerung seiner Freunde und Bekannten als eine Individualität von seltener Harmonie. Carl S. Haegler.

Aus den preussischen Aerztekammern.

Von Hofrath Dr. *Brauser*.

Mein jährliches Referat über die Thätigkeit der preussischen Aerztekammern wird sich für das Jahr 1898 wie im Vorjahre wieder hauptsächlich auf dem Boden der Vorberathungen über eine Ehrengerichtsordnung der preussischen Aerzte bewegen, welche Arbeiten in diesem Jahre insoferne zu einem erfreulichen Abschluss gekommen sind, als die Regierungsvorlage von 10 Kammern definitiv, von 1 Kammer bedingt angenommen, von 1 Kammer gegen eine beträchtliche Minorität abgelehnt worden ist. Auf Grund dieser Aerztekammerbeschlüsse hat das k. Staatsministerium unterm 13. Januar 1899 an das gegenwärtig versammelte preussische Abgeordnetenhaus den bereits in der Thronrede angekündigten Entwurf eines Gesetzes, betreffend «die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Cassen der Aerztekammern» in Vorlage gebracht, welcher Entwurf bereits in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 4. Februar der ersten Lesung unterworfen und einer Commission aus 14 Mitgliedern überwiesen wurde. Sowohl die einleitenden Worte des Ministers Bosse als die Reden der einzelnen Fractionsmitglieder lassen keinen Zweifel über die Annahme des Entwurfes, wenn auch vielleicht mit einigen Abänderungen, aufkommen.

Durch diese Thatsachen ist ein Bericht über die Verhandlungen der preussischen Aerztekammern eigentlich weit überholt. Trotzdem möchte ich über dieselben, um die Continuität meiner Jahresberichte nicht zu unterbrechen, noch einige nachträgliche Bemerkungen machen.

Bei dem hohen Interesse, welches speciell wir bayerische Aerzte an der Weiterentwickelung dieser Angelegenheit in Preussen haben, und da wir selbst demnächst einer gleichen Vorlage an unseren Landtag entgegensehen dürfen, wird eine vergleichende Besprechung der preussischen Vorlage vielleicht am Platze sein.

Zur Wahrung des Zusammenhanges recapitulire ich aus meinem vorjährigen Berichte (No. 8 d. Wochenschr.), dass die preussischen Aerztekammern des Jahres 1897 sich bereits mit der ihnen seitens der k. Staatsregierung im Entwurfe vorgelegten Ehrengerichtsordnung beschäftigt haben, dass dieser Entwurf jedoch nur von 3 Kammern angenommen, von 4 Kammern ganz abgelehnt wurde, während die übrigen 5 Kammern die Annahme von einer Reihe von Bedingungen abhängig machten. Diesen Kammervoten gab der Aerztekammerausschuss in einem Berichte an das k. Staatsministerium vom 13. November 1897 Ausdruck, welches bereits unterm 27. December 1897 mittels einer mehrfach modificirten Vorlage darauf erwiderte. Es war damit einem Theile der Wünsche und Anträge der Aerztekammern Rechnung getragen, einige andere wesentliche, von den Aerztekammern bekämpfte Punkte jedoch aufrecht erhalten worden, so die exemte Stellung der beamteten und Militärärzte in der Ehrengerichtsordnung, das Berufungsrecht des Vertreters der Staatsgewalt, die Stimmberechtigung des richterlichen Mitgliedes des Ehrengerichtes, die Hereinziehung des ausserberuflichen Verhaltens der Aerzte unter die Disciplinargewalt der Ehrengerichte.

In dieser veränderten Form haben sich nun die Aerztekammern des Jahres 1898 mit dem Entwurfe einer Ehrengerichtsordnung endgiltig beschäftigt und haben die Verhandlungen zu den Eingangs bereits erwähnten Resultaten geführt. Die Aerztekammer von Brandenburg-Berlin hat beschlossen, den Entwurf abzulehnen, wenn nicht sämmtliche Aerzte, soweit sie Privatpraxis betreiben, der Ehrengerichtsbarkeit unterliegen, wenn nicht die Bestimmung in das Gesetz aufgenommen wird, dass politische, religiöse oder wissenschaftliche Ansichten und Handlungen eines Arztes nicht zum Gegenstand einer ehrengerichtlichen Untersuchung gemacht werden dürfen. Ausser diesen Forderungen wurden noch eine Reihe von Wünschen auf Abänderung einzelner Bestimmungen zur Berücksichtigung empfohlen.

Die Aerztekammer von Ostpreussen stellt gleichfalls eine Reihe von Forderungen auf, von deren Erfüllung sie die Annahme des Entwurfes abhängig macht, die Unterstellung aller, auch der amtlichen und Militärärzte unter die Ehrengerichtsbarkeit der Aerztekammern bezüglich ihrer privatärztlichen Thätigkeit, die Beschränkung des Amtes des richterlichen Mitgliedes des Ehrengerichtes auf die Geschäftsperiode der Aerztekammern, nicht für die Dauer seines Hauptamtes, wie es der Entwurf bestimmt; die Unterstellung lediglich des beruflichen Verhaltens des Arztes unter die ehrengerichtliche Aufsicht, die Beschränkung des Berufungsrechtes auf den Angeklagten u. s. w. Nachdem diese Forderungen bereits als unerfüllbar bezeichnet waren, musste dieses Votum als ablehnend aufgefasst werden. Die übrigen 10 Aerztekammern haben theils einmüthig, theils mit grossen Mehrheiten ihre Zustimmung zu dem ministeriellen Entwurfe erklärt, so dass dieser mit grosser Mehrheit der preussischen Aerzte für angenommen gelten kann.

Neben diesem Hauptgegenstand der Kammerverhandlungen des Jahres 1898 sind noch eine Reihe von Thematen zu verzeichnen, welche eine oder mehrere Kammern beschäftigt haben, welche ich jedoch des Raumes wegen und um meinen Bericht vollständig zu liefern, nur kurz aufzählen kann. Die in Preussen geplante Medicinalreform, welche sich jedoch auf eine Verbesserung der Stellung der Amtsärzte zu reduciren scheint, wurde von der Mehrzahl der Kammern besprochen, ebenso die mögliche Uebertragung des gesammten Medicinalwesens vom Cultusministerium an das Ministerium des Innern. Die Stellung der Aerzte in der Gewerbeordnung kam auch in diesem Jahre mehrfach zur Besprechung und zwar in 9 Kammern, wovon 2 zur Tagesordnung übergingen, die übrigen 7 jedoch energisch den Forderungen des Aerztetages: «Heraus aus der Gewerbeordnung!» beitraten, selbstverständlich unter der Bedingung, dass die Freizügigkeit der Aerzte, die Freiwilligkeit der Hilfeleistung und die freie Bestimmung des Honorares dabei gewahrt werden. Die Bewegung im ärztlichen Stande gegen die Gewerbeordnung nimmt erfreulicherweise immer grössere Ausdehnung an und wird endlich zum Ziele

führen, nachdem auch die preussische Staatsregierung selbst die Frage in's Auge gefasst hat. Die jüngst im preussischen Landtage versuchte Vertheidigung des dereinstigen Vorgehens der Berliner medicinischen Gesellschaft, welcher wir den Wortlaut des § 29 der Gewerbeordnung zu danken haben, dürfte nicht im Stande sein, diese Bewegung aufzuhalten. Auch die Wiedereinführung des Curpfuschereiverbotes wurde von 5 Kammern, namentlich aus hygienischen Gründen, für dringend nothwendig erklärt. Wiederholt wurde in mehreren Kammern das Verhältniss des ärztlichen Standes gegenüber der socialpolitischen Gesetzgebung Gegenstand der Verhandlungen; es wurden Anträge gestellt auf Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes, und verlangt, dass zu deren Revision die Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretung beigezogen werde, ebenso bei Abänderung des Gesetzes über die Alters- und Invaliditätsversicherung. Die Beziehungen der Aerzte zu den landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaften scheinen nach den Verhandlungen auch in Preussen der Klärung zu bedürfen. Wenn ich hiezu noch erwähne, dass auch das Apothekerwesen, die Hebammenfrage, die Errichtung von Volkssanatorien, das ärztliche Unterstützungs- und Versicherungswesen in einzelnen Kammern zur Besprechung gelangten, so glaube ich damit das reichhaltige Berathungsmaterial der preussischen Aerztekammern vom Jahre 1898 wenigstens in grossen Zügen skizzirt zu haben, und möchte diesen Mittheilungen noch einige Worte beifügen über die dem preussischen Landtage kürzlich zugegangene Vorlage einer Ehrengerichtsordnung für die preussischen Aerzte. Ein Vergleich mit unseren bayerischen Verhältnissen wird umsomehr Interesse haben, als die, bei der letzten Sitzung des verstärkten Obermedicinalausschusses definitiv festgestellte Standes- und Ehrengerichtsordnung voraussichtlich bald zur Vorlage an den bayerischen Landtag gelangen wird.

Bei allgemeiner Betrachtung der neuen Standesorganisation, wie sie nun in Preussen und Bayern geplant ist, fallen zunächst zwei ganz wesentliche Unterschiede auf. Der eine Unterschied besteht schon, seit überhaupt die ärztliche Standesvertretung in beiden Ländern gesetzlich geordnet wurde. In Preussen liegt der Schwerpunkt der ganzen Organisation in den Aerztekammern; zu diesen hat jeder preussische Arzt, er mag einem Vereine angehören oder nicht, actives und passives Wahlrecht, zu den Kosten dieser Standesvertretung sollen alle Aerzte beitragen, das Wahlrecht konnte bei Verfehlungen durch die Aerztekammer auf kürzere oder längere Zeit als Strafe aberkannt werden. Abgeordnete der 12 Aerztekammern vertreten den gesammten ärztlichen Stand bei der höchsten staatlichen Medicinalstelle, der wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen. Diese Organisation ist auch in der neuen Ehrengerichtsordnung beibehalten worden, indem die Aerztekammern die erste Instanz für die Beurtheilung über das Verhalten der Aerzte bilden, welche durch eine aus 4 ärztlichen und 1 richterlichen Mitgliede bestehende Commission, das Ehrengericht, Verfehlungen der Aerzte ihres Bezirkes zu beurtheilen, Klagen von Aerzten gegen Aerzte, oder von Laien gegen Aerzte entgegenzunehmen, zu prüfen und zu entscheiden haben wird und welchem in erster Instanz die Verhängung von Disciplinarstrafen nach durchgeführter ehrengerichtlicher Verhandlung zusteht. Gegen dieses Urtheil der ersten Instanz steht sowohl dem Beklagten, wie auch den Vertretern des Staates die Berufung an die zweite und letzte Instanz, den Ehrengerichtshof, frei, welcher aus 7 Mitgliedern besteht. 4 derselben werden von den Aerztekammern aus sich gewählt, 2 weitere ärztliche Mitglieder erwählt der König, den Vorsitz führt ein höherer Beamter des Ministeriums. Dies in Kürze die künftige preussische Organisation. Betrachten wir dagegen unsere bayerische, wie sie seit dem Jahre 1872 besteht und wie sie auch in dem neuen Entwurf einer Standes- und Ehrengerichtsordnung weiter zu Recht bestehen wird, so sehen wir, dass der Schwerpunkt der ganzen Organisation nach wie vor in den Bezirksvereinen liegt und liegen bleibt. Die Bezirksvereine werden auch künftig die Basis der Organisation bilden und werden berechtigt sein, über ihre Mitglieder, wie über die ausserhalb der Vereine stehenden Aerzte je nach ihrer territorialen Zugehörigkeit die Disciplinargewalt auszuüben. Sie werden durch eigens dazu gewählte Ausschüsse die Standesordnung und ihre Befolgung durch die Aerzte überwachen, werden Streitigkeiten schlichten, Klagen entgegennehmen, Voruntersuchungen führen, Mahnungen, Rügen und bis zu einem gewissen Grade auch leichtere Strafen ertheilen.

Die Competenz dieser Vorinstanz wird erst durch das Gesetz genau abgegrenzt werden. Zur wirklichen Aburtheilung der von den Bezirksvereinsausschüssen vorbereiteten Klagesachen ist dann in erster Instanz das von den Aerztekammern niederzusetzende Ehrengericht zuständig, gegen dessen Entscheidung die Berufung zu dem, beim k. Staatsministerium niederzusetzenden Ehrengerichtshofe ergriffen werden kann. Die detaillirte Zusammensetzung dieser beiden Instanzen werden wir erst durch den Gesetzentwurf kennen lernen, doch werden beide Instanzen einen Verwaltungsbeamten als Mitglied haben.

Wägen wir diese beiden Formen der Organisation gegeneinander ab, so hat entschieden die bayerische den Vorzug der leichteren praktischen Durchführbarkeit. In Preussen bilden 12 Aerztekammern in den 12 Provinzen des Königreichs die gesetzliche Standesvertretung; jede dieser Kammern vertritt die Aerzte einer ganzen Provinz, bis zu 3000, und hat deren Verhalten zu überwachen, eventuell über vorkommende Verfehlungen innerhalb und ausserhalb der Berufsthätigkeit zu urtheilen.

Das wird nach Inkrafttreten der neuen Ehrengerichtsordnung eine kaum zu bewältigende Arbeitslast werden, erschwert durch die grosse Zahl der zuständigen Aerzte, durch die räumliche Ausdehnung des der einzelnen Kammer unterstehenden Bezirkes, dann, was mir die Hauptsache erscheint, die persönliche Unbekanntschaft der richtenden Körperschaft mit den meisten Aerzten des Bezirkes. Wenn, wie in Bayern, zunächst die Bezirksvereine in kleinen Territorien und über eine beschränkte Zahl von Collegen die Disciplinargewalt auszuüben haben, deren Verhältnisse grösstentheils bekannt sind, so wird sowohl die vermittelnde als richterliche Thätigkeit der Vorinstanz ganz wesentlich erleichtert werden, und es werden wenige Fälle der nächsthöheren Instanz, dem Ehrengerichte der Aerztekammer, übergeben werden müssen.

Einen weiteren, wesentlichen Unterschied zwischen der preussischen bereits fertigen und unserer vorerst noch im Projecte vorliegenden Organisation sehen wir in deren Entstehungsgeschichte.

In Preussen wurde vor nunmehr drei Jahren der Entwurf einer Ehrengerichtsordnung vom k. Staatsministerium den Aerztekammern in Vorlage gebracht, welche sich zwei Jahre eingehend mit demselben beschäftigten und eine Reihe von Abänderungen und Ergänzungen beantragten, von denen ein grosser Theil seitens des k. Staatsministeriums Berücksichtigung fand, so dass schliesslich der Entwurf in der Form definitiv festgestellt wurde, wie er jetzt dem preussischen Abgeordnetenhause vorliegt. Eine Standesordnung, wie sie von allen Aerztekammern dringlich gefordert wurde, ist nicht zugleich geschaffen worden, und hat merkwürdiger Weise das k. Staatsministerium in den Motiven zu jenem Gesetzentwurf (§ 14—48) ausgesprochen, dass «die Feststellung des Begriffes der ärztlichen Standesehre und der beruflichen Pflichten des Arztes durch eine in's Einzelne gehende Standesordnung gegenwärtig nicht ausführbar erscheine.»

Anders in Bayern. Hier wurde in erster Linie und zwar aus der Mitte der Aerzte heraus eine für alle bayerischen Aerzte giltige Standesordnung entworfen, von den Aerztekammern geprüft und der k. Staatsregierung in Vorlage gebracht. Diesem Entwurf waren die Grundzüge einer Ehrengerichtsordnung in allgemeinen Umrissen beigegeben. Diese Entwürfe erhielten durch die Verhandlungen des erweiterten Obermedicinalausschusses im December 1898 ihre Sanction, und werden nun seitens des k. Staatsministeriums theilweise auf dem Verordnungswege bekannt gegeben werden, theilweise, soweit die gesetzliche Form für dieselben nothwendig erscheint, dem Landtage überwiesen.

Es ist nicht schwer zu entscheiden, welcher Weg der bessere war. Eine Ehrengerichtsordnung, welche nicht auf einer staatlich anerkannten Standesordnung basirt, ist in ihrer praktischen Anwendung nicht recht denkbar. Was will denn eine ärztliche Standesordnung?

Eine ärztliche Standesordnung soll erstens allen Aerzten, speciell aber den neu in die Praxis Eintretenden Vorschriften ertheilen, nach welchen sie sich gegenüber den Collegen, wie

gegenüber dem Publicum zu verhalten haben, gewisse ethische Regeln zur Wahrung der Standesehre, Anhaltspunkte in zweifelhaften Fällen bei Ausübung der Berufspflichten. Zweitens muss diese Standesordnung die Unterlage bilden, auf welchen die ehrengerichtlichen Organe der Standesvertretung ihre Thätigkeit einzurichten haben; diejenigen Collegen, welche vom Vereine beauftragt sind, schiedsrichterliche Functionen auszuüben, werden sich zunächst genau an den Wortlaut der Standesordnung halten müssen, um beurtheilen zu können, ob deren Forderungen von den ihrer Aufsicht unterstellten Collegen erfüllt werden; bei Verfehlungen ist es wieder der Wortlaut der Standesordnung, welcher den urtheilenden Collegen die Richtschnur geben muss für die Ausübung ihres richterlichen Amtes, um je nach der Schwere der Verfehlung gegen die Vorschriften der Standesordnung den Grad der Strafe bemessen zu können. Kurz, ich kann mir eine richterliche Thätigkeit von Aerzten über Aerzte gar nicht anders denken, als unter genauester Anwendung der Standesordnung, ebenso wie ich mir nicht denken kann, dass irgend ein anderer Richter ein Urtheil fällen kann, ohne das Gesetzbuch in der Hand zu haben. Unsere preussischen Collegen sind sich dieser dringenden Nothwendigkeit sehr wohl bewusst gewesen, indem sie immer wieder den Erlass einer Standesordnung forderten, und jetzt, nachdem die k. Staatsregierung sich ablehnend dagegen verhält, in fast allen Aerztekammern Commissionen niedersetzten, welche eine Standesordnung zu entwerfen beauftragt wurden.

Soviel für heute über die neue preussische Ehrengerichtsordnung. Sowie der Wortlaut der Vorlage an den bayerischen Landtag, betr. einer Standes- und Ehrengerichtsordnung für die bayerischen Aerzte, bekannt sein wird, behalte ich mir eine weitere vergleichende Besprechung der beiden Gesetzentwürfe vor.

Referate und Bücheranzeigen.

Lewin: Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. Pharmakologisch-klinisches Handbuch. 3. neu bearbeitete Auflage. Mit 4 Textfiguren. Berlin, Hirschwald 1899.

Die Anzeige dieses Werkes in No. 47 des Jahrgangs 1892 dieser Wochenschrift gipfelte in dem Ausdruck des Dankes, den sich Verfasser durch seine mühevolle Arbeit nicht nur bei seinen engeren Fachgenossen, sondern auch bei den Klinikern und Allen es mit der Arzneibehandlung ernst nehmenden Aerzten verdient hat. Auch für die jetzt vorliegende neubearbeitete dritte Auflage des originellen Buches muss man dem Verfasser dankbar sein. Denn es werden die ungünstigen Erscheinungen, welche die in den letzten 7 Jahren entdeckten unsicheren wie unzweifelhaften Erfolge der chemischen Therapie, so auch der Serum- und Organsafttherapie begleiten, ausführlicher besprochen. Es darf aber nicht verschwiegen werden, dass gerade in diesen, den neuen Arzneimitteln gewidmeten Erörterungen der im Wesentlichen einseitig pharmakologische Standpunkt zuweilen zu sehr in den Vordergrund tritt. Die schwierige Entscheidung, ob die bei einem kranken Menschen nach der Darreichung eines Mittels auftretenden Erscheinungen Folgen des Mittels oder der Krankheit sind, kann oft ein erfahrener Kliniker besser treffen, als ein Pharmakolog.

Der Verfasser neigt im Durchschnitt mehr dazu, im zweifelhaften Falle das Arzneimittel verantwortlich zu machen. Ueberhaupt scheint er in der im Ganzen sehr berechtigten Vorsicht und Skepsis den neuen Arzneimitteln gegenüber manchmal doch etwas zu weit zu gehen. Wenn ein Mittel neben den therapeutischen Erfolgen auch Misserfolge aufweist — und welches Mittel thäte dies nicht? — so ist er eher geneigt, in der Erfolglosigkeit die Regel zu sehen, als die Ausnahme. Von dieser Eigenthümlichkeit abgesehen ist und bleibt aber das Lewin'sche Buch, was es in den früheren Auflagen gewesen ist, eine Ergänzung der pharmakologischen Lehrbücher einer- und der toxikologischen andererseits, somit ein unentbehrliches Nachschlagebuch.

Penzoldt.

Prof. Dr. **H. Vierordt**-Tübingen: **Die angeborenen Herzkrankheiten.** Wien 1898. Verlag von A. Hölder. Preis M. 5.40.

Das vorliegende Werk erscheint im Rahmen der von Nothnagel herausgegebenen speciellen Pathologie und Therapie (15. Bd., 1. Theil, 2. Abtheilung). Die relative Seltenheit und die naturgemäss nicht im Vordergrunde stehende praktische Bedeutung der angeborenen Herzanomalien wird zwar nicht in erster Linie den Praktiker zum eifrigen Leser der Vierordt'schen Arbeit machen, jedoch wird Niemand, der sich über die hier einschlägigen Verhältnisse zu orientiren wünscht, an dieser mit immensem Fleisse geschaffenen Bearbeitung dieses Themas vorübergehen können. Die vorliegende Literatur ist mit aller denkbaren Gründlichkeit verwerthet und so im Verein mit den selbständigen Beobachtungen des Verfassers ein erschöpfendes Bild der gegenwärtigen Kenntnisse über die congenitalen Herzkrankheiten zu Stande gekommen. Wie eine kurze Skizzirung des Inhaltes zeigt, bespricht V. doch auch einige Capitel, die mehr als nur theoretisches Interesse haben oder nur den pathologischen Anatomen anziehen.

Den Eingang bildet eine Skizze über die Entwicklung des normalen, die Gewichte und Dimensionen des kindlichen Herzens. Es folgen statistische Angaben über die Häufigkeit der angeborenen Herzkrankheiten, deren Eintheilung, deren allgemeine Aetiologie, ferner ein Capitel über die congenitale Cyanose. Dann folgt die Beschreibung der Defectbildungen in den Herzsepten, jene der Stenose und Atresie der Pulmonalarterie, Anomalien der Gefässursprünge und Klappen, der Veränderungen am Anfang der Aortenbahn. Praktisch bedeutungsvoll ist das Capitel über den offen gebliebenen Ductus Botalli, über die allgemeine Enge des Aortensystems. Eingehend werden auch die primären Fehler der Ostien geschildert. Den Schluss bildet die Frage der gegenseitigen Abhängigkeit der einzelnen Missbildungen des Herzens, eine Zusammenstellung über rechts- und linksseitige Endocarditis, sowie das Wenige, was sich über die Therapie der angeborenen Herzanomalien sagen lässt. Der Text enthält 25 Abbildungen.

Dr. Grassmann-München.

F. Ahlfeld: Lehrbuch der Geburtshilfe. II. Aufl. Leipzig, F. W. Grunow 1898. Preis geb. 6 M.

Das Werk hat eine vollständige Umarbeitung erfahren und auch die Zahl der Abbildungen ist sehr erheblich vermehrt worden. Die Vertheilung des Stoffes ist eine übersichtliche und sehr zahlreiche Hinweise am Rande des Textes erhöhen seine Brauchbarkeit wesentlich. Das Werk enthält sehr reichliche Literaturangaben, die sich als Fussnoten dem Text unmittelbar anschliessen. Wenn nach der Vorrede zur ersten Auflage vor 4 Jahren das Werk besonders für Ahlfeld's Schüler bestimmt war, denen er eine zusammenfassende Darstellung seiner in vielen Punkten von den Anschauungen Anderer abweichenden Ansichten bieten wollte, so ist die neue Auflage ganz wesentlich für den Gebrauch des Praktikers bestimmt. Zweifellos ist es für diesen von hohem Werthe, die Anschauungen eines erfahrenen Geburtshelfers in der Form eines derartigen Lehrbuches niedergelegt zu finden, wenn dasselbe vielleicht auch an manchen Stellen etwas zu subjectiv gehalten ist. So sind z. B. viele praktisch unwichtige Dinge, denen aber Ahlfeld seine besondere Aufmerksamkeit gewidmet hat, im Text wiedergegeben, für die gewiss ein Hinweis in Anmerkungen genügt hätte Besonders anerkennend muss hervorgehoben werden, dass Ahlfeld überall einen conservativen Standpunkt in der Geburtshilfe vertritt und vielfach eindringlich vor unnöthigen geburtshilflichen Operationen warnt.

Es ist hier nicht der Ort, kritisch auf strittige Punkte einzugehen, doch möchte ich z. B. nicht unerwähnt lassen, dass wohl die Meisten dem von Ahlfeld geschilderten Verfahren der Wiederbelebung scheintodter Kinder nicht zustimmen würden. Der Erfahrene kann unbedenklich so handeln, da er die schwereren Fälle des Scheintodtes sofort erkennt, der weniger Erfahrene dürfte aber wohl manche Enttäuschung mit den gegebenen Vorschriften erleben. Die Therapie des engen Beckens ist auffallender Weise auf wenigen Seiten abgehandelt.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche, sie steht bei dem überraschend niedrigen Preise wohl einzig in der Fachliteratur da und wird unzweifelhaft dem Werke viele Freunde erwerben.

Gessner-Erlangen.

Hermann Cohn: Die Sehleistungen von 50000 Breslauer Schulkindern. Breslau 1899, Schottländer.

Verfasser veranlasste, dass 52159 Breslauer Schulkinder von ihren Lehrern und Lehrerinnen nach seiner Unterweisung auf ihre Sehleistung untersucht wurden und findet nach einem Vergleiche der von ihm zusammengestellten Ergebnisse mit seinen früheren eigenen Untersuchungen und denen Anderer, sowie den Ergebnissen von Sehprüfungen bei Naturvölkern, dass die Augen der Breslauer Schulkinder überraschend gut sind, indem nur 10,5 Proc. geringere Sehleistung als die normale hatten. Hiebei wurde festgestellt, dass die Zahl der Schüler mit $S < 1$ — Cohn bezeichnet sie als Abnorme — mit aufsteigender Classe stetig zunimmt, noch mehr aber von den Volksschulen zu den Gymnasien und höheren Mädchenschulen, je nach dem Grade der verlangten Naharbeit, steigt. Das Verhältniss der Abnormen in niederen, mittleren und höheren Schulen ist wie 9 : 13 : 17. Ebenso findet eine Zunahme der Abnormen mit den Lebensjahren statt. Gewiss wird mit Recht geschlossen, dass diese Zunahme der Abnormen durch den Eintritt von Myopie bedingt wird. Beim Vergleich der Geschlechter ergibt sich hinsichtlich der Abnormen kein hervortretender Unterschied, dagegen zeigten die Knaben viel häufiger höhere Grade von Sehleistung: $S > 2$, während bei den Mädchen die Sehleistungen von $S = 1—2$ überragen.

Das erfreulichste Ergebniss der mühevollen und trotz aller Hindernisse unverdrossen in's Werk gesetzten Untersuchungen Cohn's ist nun, dass im Vergleich zu früheren, d. i. vor einem Menschenalter in Breslau vorgenommenen Untersuchungen, eine bedeutende Abnahme der Abnormen stattgefunden hat, und darf man hierin wohl einen Triumph der Schulhygiene sehen, vorausgesetzt, dass in der Folge in etwa zweijährigen Intervallen angestellte Sehprüfungen eine weitere Abnahme der Abnormen feststellen lassen.

Manches wird sich allerdings dagegen einwenden lassen, dass die Sehprüfungen von Laien vorgenommen wurden, in anderer Weise lassen sich jedoch solche Massenuntersuchungen nicht durchführen und der Werth derselben, besonders wenn sie, wie es Verfasser that, im Wesentlichen controlirt und mit der genügenden Kritik verwerthet werden, wird sich nicht anzweifeln lassen, ja er dürfte sich sogar höher stellen, als der genauester, von einem Fachmanne angestellter Sehprüfungen, da diese für die Statistik nur ein geringes Zahlenmaterial bieten können. Seggel.

Henry Head, M. A., M. D. London Hospital: **Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen.** Deutsch herausgegeben von Dr. Wilhelm Seiffer, Assistenzarzt an der kgl. psychiatrischen und Nervenklinik zu Halle a. S. Mit einem Vorwort von Geh. Rath Prof. Dr. Hitzig. Nebst 124 Holzschnitten im Text und 7 Tafeln. Berlin 1898, Verlag von August Hirschwald. Preis 9 M.

Die vorliegende Arbeit, welche als Original in Brain (Vol. 16, 17 und 18) erschienen ist, hat unstreitig fundamentale Bedeutung. Die in ihr niedergelegten exacten Untersuchungsreihen haben sowohl für die klinische wie die pathologisch-anatomische Neurologie den grössten Werth.

Es ist naturgemäss im Rahmen eines kurzen Referates nicht möglich, den vollständigen Ideengang des Autors wiederzugeben oder gar die grosse Zahl der untersuchten Fälle im Einzelnen zu schildern, umsoweniger, als diese sich auf die verschiedenartigsten Erkrankungen erstrecken. Nur soviel sei gesagt, dass die Untersuchungsmethode selbst die denkbar einfachste ist, indem sie nur mit einer gewöhnlichen Nadel vorgenommen wird. Sobald man sorgfältig verfährt, lassen sich die überempfindlichen oder unempfindlichen «Zonen» sehr scharf abgrenzen.

Die Untersuchungen Head's nehmen ihren Ausgangspunkt von den bei Herpes zoster zu beobachtenden Sensibilitätsstörungen, welche sich, wie aus zufälligen Prüfungen hervorging, schon vor der Hauteruption nachweisen lassen. Die bei Herpes zoster zu constatirenden eigenthümlichen «Empfindlichkeitszonen» liessen H. auf eine bestimmte Beziehung zu den Nervenvertheilungen schliessen.

Die systematische, ohne Rücksicht auf die Art der Erkrankung vorgenommene Untersuchung der Sensibilität zahlreicher Patienten ergab, dass nicht, wie man bisher annahm, die meisten Sensibilitätsstörungen sich entsprechend der Ausbreitung der peripheren Aeste eines Nerven richten, sondern nach der Entstehung im Rückenmark, mit anderen Worten, dass bei Affection eines Rückenmarksegments, sei diese organisch oder «reflectirt», jedesmal ganz bestimmte «Empfindlichkeitszonen» sich nachweisen lassen, deren Ausbreitungsbezirk sich nicht mit einem peripheren Nerven deckt, sondern die Aeste mehrerer peripherer Nerven umfasst. Diese «Empfindlichkeitszonen» oder «Segmentalzonen» behalten bei den verschiedenartigsten Krankheitsformen stets den gleichen Umfang und es ist daher gelungen, die Haut des Körpers in bestimmte Sensibilitätszonen einzutheilen, von denen jede einem bestimmten Cervical-, Dorsal-, Lumbal- oder Sacralsegment entspricht.

Mit der vorzüglichen Uebersetzung der Head'schen Arbeit ist den deutschen Aerzten und Forschern sicherlich ein werthvoller Dienst geleistet, den Hitzig in seinen Begleitworten treffend dahin charakterisirt: «Wahren Nutzen aus den Head'schen Arbeiten kann man nicht durch die Lectüre von Referaten ziehen, sondern sie bilden ein Nachschlagewerk, aus dem man sich in vorkommenden Fällen und für eigene Untersuchungen Raths erholen muss.» Gudden-München.

Bratz: Die Behandlung der Trunksüchtigen unter dem bürgerlichen Gesetzbuch. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- und Geisteskrankheiten. II. Band. Heft 5 u. 6.

Die von dem Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke mit einem Preise ausgezeichnete Schrift wird nicht zum mindesten dadurch ihren Zweck erreichen, dass sie in keiner Weise in ihren Forderungen über das Ziel hinausschiesst, sondern eine angemessene Mässigung in ihren Forderungen erkennen lässt. Sie ist klar und anschaulich geschrieben und erörtert nicht nur das legale Verfahren mit den Trunksüchtigen nach dem Bestimmungen des bürgerlichen Gesetzbuches, sondern erörtert auch die mindestens ebenso wichtige Frage, was zur Cur, Ueberwachung und Pflege der Trunksüchtigen zu geschehen hat.

Im 1. Capitel wird die bisherige Behandlung der Trunksüchtigen nach deutschen und ausserdeutschen Erfahrungen behandelt.

Das 2. Capitel beschäftigt sich mit den verschiedenen Möglichkeiten, unter denen die nach dem Jahre 1900 immer dringender nothwendig werdenden Trinkeranstalten zu Stande kommen können. Mit Recht wird eine gemeinschaftliche Verpflegung von Trinkern und Epileptikern verworfen. Die criminellen, von Jugend auf depravirten und häufig bestraften Trinker sollen nach dem Vorgang Forel's in Corrections- und Arbeitshäuser, welche durch Einführung der Abstinenz zu Trinkerasylen gestaltet werden können, verpflegt werden.

Im letzten Capitel werden die das bürgerliche Gesetzbuch ergänzenden Bestimmungen kurz und übersichtlich zusammengestellt.

Die Entmündigung will Verfasser nur für renitente oder nach wiederholter Anstaltsbehandlung rückfällige Trinker reservirt haben. Wir können ihm auch aus praktischen Gründen darin nur zustimmen.

Denn bei einem Säufer, der erst kürzere Zeit in Baccho excedirt, bei dem noch Besserung zu erwarten ist, ist die Entmündigung nur schwer durchführbar.

Die Hauptschwierigkeit bei der Entmündigung der Trinker liegt unseres Erachtens darin, dass noch nicht genau feststeht, was unter Trunksucht juristisch und medicinisch zu verstehen ist. Referent möchte sich Plank anschliessen, der erklärt, dass die Silbe Sucht auf ein pathologisches Moment hinweist.

A. Cramer-Göttingen.

Adolf Kussmaul: Jugenderinnerungen eines alten Arztes. Mit dem Porträt des Verfassers nach einem Gemälde von Franz v. Lenbach. Stuttgart, Verlag von A. Bonz u. Comp. 1899. Preis M. 7.20.

In diesen Tagen hat der Verfasser der «Jugenderinnerungen eines alten Arztes» das 77. Lebensjahr vollendet — eine lange

Frist jener Reise, von welcher Kussmaul's Zeitgenosse Friedrich Spielhagen frägt:

«Wozu wir Menschen leben? Wer das wüsste!
Wir landen ungewollt an unbekannter Küste;
Durchzieh'n die Insel; leiden Noth und Pein
Und schiffen drüben uns in's Grenzenlose ein.»

Wozu wir leben? Wir erleben. Die Erlebnisse von 70 Menschen so alt wie Kussmaul, von denen der Vorausgehende «in's Grenzenlose sich einschifft», wenn sein Nachfolger schon 7 Jahre durch jene Insel zieht, die Lebenssummen von nur 70 solchen Menschen untereinander gestellt, ergeben den Inhalt von 4900 Jahren, reichen also hinauf in die graue Vorzeit der ältesten ägyptischen und chinesischen Herrscherdynastien. 70 Biographien, eine an die andere sich anschliessend, würden also den ganzen Zeitraum unseres historischen Wissens in sich begreifen.

Wer das Kussmaul'sche Buch gelesen hat, kann den Wunsch nicht unterdrücken, sein Verfasser möchte uns nicht nur seine «Jugenderinnerungen» geschenkt haben, sondern der Biograph seiner vollen 70 Jahre geworden sein! So müssen wir uns mit dem bescheiden, was K. seiner Jugendgeschichte vorausschickt, gleichsam als den Ausdruck rein persönlichen Bedürfnisses ihrer Auffassung:

«Musst Du Gram im Herzen tragen
Und des Alters schwere Last,
Lade Dir aus jungen Tagen
Die Erinnerung zu Gast.»

War die Aufzeichnung der Bilder aus seinen Jugendjahren für den Verfasser die Quelle des süssen Vergnügens der Rückerinnerung an ferne Zeiten, so wird die Oeffentlichkeit das Buch noch viel höher zu werthen haben. Kussmaul's Lebensgang fiel in eine Zeit der denkbar grössten Umwälzungen, welche die Entwicklung der Culturvölker jemals in so kurzer Frist erfahren hat. Nicht nur hat das Gebiet der uns Aerzte in erster Linie interessirenden Naturwissenschaften eine ungeheuere Ausdehnung und eine früher nicht geahnte Tiefe erhalten, nicht nur sind, wie nie zuvor, die Früchte naturwissenschaftlicher Forschung zum vollen Genusse und Gebrauche in die Hände der Allgemeinheit gelegt worden, sondern auch die politischen Verhältnisse unseres deutschen Vaterlandes haben in diesen 70 Jahren unter Sturm und Drang die tiefgreifendsten Veränderungen erfahren. Diese 2 Momente, die Umgestaltung der wissenschaftlichen und die Umbildung der politischen Zustände bilden den Rahmen für die Kussmaul'schen Aufzeichnungen. Es würde vielleicht schon interessiren, den Weg kennen zu lernen, auf dem ein einfaches Kind des Landes es vom Landarzt zum Universitätsprofessor, berühmten Kliniker und Ehrenbürger Heidelbergs gebracht hat, aber dieser an sich schon seltene Vorgang erfährt eine viel bedeutungsvollere Hervorhebung durch den Hintergrund, vor dem er sich abspielt. Mit scharf beobachtenden Augen ist Kussmaul auf der Bühne der Ereignisse gestanden und hat seinen Theil an der dramatischen Handlung genommen.

Die beiden ersten Abschnitte des Buches, bis an die Schwelle des Burschenlebens reichend, geben Kussmaul nicht nur Gelegenheit, die Umstände, unter denen er seine Kinderjahre auf dem Lande als frischer Doctorsbub verlebte, in reizender, herzerquickender Weise zu erzählen und seinem Vater ein Blatt dankbarer Pietät zu weihen, mit Einfügung einer Reihe kleiner, die Situation treffend wiedergebender Episoden, sondern diese schlichte, da und dort zu dichterisch vollendeter Form sich erhebende Erzählung ist eine reiche Fundgrube culturhistorischer Notizen, wie jene von Kussmaul's baumstarkem Schulmeister, der gar wildes Soldatenblut in seinen Adern hatte, vom Einheimsen des Zehnten durch den Pfarrherrn, von dem Unterricht und Lehrplan auf den Lyceen und Gymnasien, vom bösen Geist, der in der Quinta, von dem philosophischen, der in der Sexta des Heidelberger Lyceums in den 30er Jahren herrschte, vom Napoleonscult in Baden, der auch von Kussmaul's Vater gepflegt wurde, von dem bescheidenen Comfort im damaligen Bürger- und Bauernhaus und von der köstlichen Geschichte bei der Einweihung der ersten badischen Eisenbahn. Hochinteressant und ein werthvoller Beitrag für die Geschichte der deutschen resp. süddeutschen Universitäten in der 1. Hälfte unseres Jahrhunderts ist der Inhalt des 3. Buches: «Burschenleben». Nicht nur die Trink-, Rauf und Studiersitten jener Zeit in den Corps und Burschenschaften, sondern besonders auch die politische Rolle der studentischen Corporationen erfährt hier eine eingehende und die allgemeine politische Geschichte jener Jahre ergänzende Darstellung. Auch Kussmaul betheiligte sich an den zahlreichen Versuchen einer Auffrischung des deutschen Studentenwesens durch Gründung einer Reformverbindung in Heidelberg und der Zufall hat es gefügt, dass der stud. jur. Josef Viktor Scheffel ihr beitrat, der nachmalige Sänger des «Trompeter von Säckingen». Damals hat er freilich z. Th. noch schlechte Verse gemacht. In diesen Universitätsjahren knüpfte sich auch so manches andere Band von Freundschaft mit jungen Männern, deren Namen später einen guten Klang bekam.

Während der Bursche aber den Schläger schwang, und dem goldenen Weine seine Achtung erwies, vergass er nicht der ernsten Vorbereitung für den ärztlichen Beruf — an die akademische Laufbahn konnte er damals nicht denken. Das 4. Buch, in dem K. sein medicinisches Studium schildert, bringt eine Reihe scharf gezeichneter Charakteristiken der damaligen medicinischen Autoritäten an der Heidelberger Universität, der Tiedemann, Bischoff, Puchelt, Chelius, Fr. K. Naegele, J. Henle, Pfeufer u. A. Nichts kann zugleich unterhaltender und belehrender sein, als an der Hand dieser Kussmaul'schen Schilderungen die Geschichte der Medicin, die Methoden des Unterrichts, das Verhältniss zwischen Lehrern und Schülern jenes Zeitraumes an sich vorüberziehen zu lassen. Gerade die kleinen Episoden und witzigen Geschichten, womit K. das Ganze durchflochten hat, zaubern die Gestalten jener Zeit mit höchster Plastik zu uns her; aber auch der Standpunkt des damaligen medicinischen Wissens, seine immer rascher in Lauf kommende Entwicklung bezüglich der klinischen Untersuchungsmethoden, der pathologischen Anatomie und Physiologie, der Chirurgie und aller anderen Fächer hat in diesem Abschnitte eine hochinteressante Darstellung gefunden. Von jener wunderbaren Selbstironie, die nur bedeutenden Menschen eigen zu sein pflegt, erzählt bei Kussmaul die Geschichte der von ihm glänzend gelösten medicinischen Preisaufgabe, die ihn nahe an die Construction des Augenspiegels heranführte. Dieser Augenspiegel «war der beste der Welt, denn es gab nur einen, den meinigen, aber er hatte den Fehler, man konnte damit nicht sehen».

Eine Serie prächtiger cultur- und medicin-historischer Genrebildchen entrollt das Capitel der Curen, der appetitlichen Wundercuren für den laienhaften, der medicinisch picanteren Purgir- und Vomircuren für den ärztlichen Leser; auch diese Reminiscenzen, in denen K. als erfahrener Praktiker auch zu den Methoden der Gegenwart das Wort nimmt, sind für die Geschichte der Medicin von hohem Interesse.

Mit dem 6. Buche beginnt die Schilderung der Wanderjahre. Sie führten K. als jungen, mit dem Licenzschein ausgerüsteten Arzt über die bayerische Hauptstadt, aus der der «alte Arzt» einige amüsante Geschichten in seinen Erinnerungen zum Besten gibt, zunächst in's bayerische und österreichische Gebirge und dann an seinen ersten Reisezielpunkt: Wien. Hier begann eben die glänzende Epoche der Wiener medicinischen Schule unter Rokitansky, Skoda, Semmelweis, Hebra und wie vor und nach ihm Hunderte deutscher Aerzte, hat auch Kussmaul in der alten Kaiserstadt neben manchem Zopfigem, Eingerostetem, politisch Unerfreulichem eine ausserordentliche Förderung seiner ärztlichen Bildung an den reichen Materialschätzen der Hochschule gefunden. Hier erlebte K. die erste Chloroformnarkose — Versuche mit Aetherinhalationen hatte er selbst schon in Heidelberg angestellt — hier machte er Bekanntschaft mit Semmelweis, dessen bahnbrechende Ideen damals noch unendlich weit davon entfernt waren, Anerkennung zu finden. Heute sind sie mehr oder minder klar im Hirne jeder Dorfhebamme und der Arzt, der gegen ihren Geist sündigt, verfällt dem Strafgesetz!

In Wien, sowie nachher in Prag, wurde K. mächtig von der pathologischen Anatomie angezogen und besonders versprach er sich von der mikroskopischen Bearbeitung derselben reichste Ausbeute. Er theilte diesen Gedanken mit Virchow, dessen Stern eben damals aufzugehen begann. Aber die äusseren Verhältnisse erlaubten ihm nicht, diesen Plan zur Wirklichkeit werden

zu lassen und so zog er denn, zwar arm am Beutel, aber um so weniger krank am Herzen, zurück in sein Baden, über das nun die Stürme der Revolutionszeit her zu brausen begannen.

K. hat sie miterlebt: er hat den Blüthentag der erträumten Völkerfreiheit anbrechen sehen und hat die Nacht, die ihm ein Ende mit Schrecken machte, in nächster Nähe geschaut. Als Militärarzt im badischen Heere dienend, machte er die Heerfahrt nach Holstein im August 1848 mit, 1849 war er mit in Schleswig und schliesslich ward ihm die Aufgabe, die in den Casematten von Rastatt gefangenen Revolutionäre so weit von Ruhr und Wunden zu heilen, dass sie mit Anstand vor das Standgericht gestellt und erschossen oder in die Gefängnisse abgeführt werden konnten. Das waren trübe Tage und wie ein finsteres Drama liest sich die Schilderung jener Zeit.

«Auf das brausende Epos der Revolution mit dem tragischen Abschluss hinter den Mauern Rastatts folgte ein friedliches Idyll häuslichen Glücks», so schreibt K., wo er beginnt, von den Tagen zu erzählen, da er als Landarzt zu Fuss und zu Pferde in den Ortschaften des Schwarzwaldes dem Berufe nachging. Mit einem für die Reize der Natur empfänglichen Gemüthe bedacht, von Kindheit gewöhnt, auf das Leben im Wald und Feld mit aufmerksamem, in die Tiefe dringendem Sinne zu achten, voll Verständniss für die Aeusserungen der Volksseele, voll Aufopferung in seinem aufreibenden Tagewerke ärztlicher Pflichterfüllung — so genoss er die Leiden und Freuden eines Arztes auf dem Lande. Da warf ihn eine schwere, durch Erkältung und Ueberanstrengung verursachte Rückenmarksentzündung auf das Krankenlager und verurtheilte den rastlos thätigen Mann zu monatelangem Siechthum, aus dem er sich nur langsam erholte. So hart dieser Schlag momentan war, so wurde er doch die ungeahnte Veranlassung zu einem bedeutungsvollen Schritt, zum Eintritt in die akademische Carrière, und so, schreibt Kussmaul, «hat die Krankheit mir statt Verderben Glück gebracht». In diesem Zeitpunkte bricht die Biographie ab, da nach der Meinung ihres Verfassers die spätere Periode seines Lebens den Fachgenossen hinreichend bekannt ist und andern Lesern kaum Interesse bieten würde.

Mag die eine Hälfte dieser Begründung auch zu recht bestehen, die zweite wird Niemand zugeben, der den jetzt vorliegenden Theil der Kussmaulbiographie kennen gelernt hat. Gewiss würde die literarische Welt dem «alten Arzte» mit dem jugendfrischen Herzen dankbar sein, wenn sie auf einen weiteren Theil hoffen dürfte!

Binnen 2 Jahren sind nun aus den Reihen deutscher Aerzte 2 Werke von allgemeiner literarischer Bedeutsamkeit hervorgegangen: die Briefe Th. Billroth's und die Jugenderinnerungen von A. Kussmaul, Werke von solchem Gehalt und solcher feiner Form, dass sie Eigenthum jeder gebildeten deutschen Familie zu werden verdienen. Es wäre verlockend, diese beiden äusserlich so verschiedenen, aber innerlich doch durch viele intime Züge zu einander verwandten Darbietungen zweier deutschen Aerzte in einen Vergleich zu setzen; wir wollen es nicht, denn beide Werke gehören zum Geschmeide unserer biographischen deutschen Literatur, und mögen unvergleichbar jedes für sich geschätzt sein wie Gold und Perle.

Freuen wir uns ihres Besitzes und freuen wir deutschen Aerzte uns doppelt! Denn was jene Männer aussprachen, es kam durch ihren Mund aus der Seele unseres ganzen deutschen Aerztestandes! Dr. Grassmann-München.

Neueste Journalliteratur.

Centralblatt für innere Medicin. 1899. No. 4 und 5.

Stanislaus Klein-Warschau: **Die Herkunft und die Bedeutung der Eosinophilie der Gewebe und des Blutes.**

Verfasser bezweckt mit seiner Arbeit, einen Entwurf der Lehre von der Entstehung und der Bedeutung der eosinophilen Zellen im Blute, den Geweben und Entzündungsproducten zu geben. Er fasst seine Ansichten über die Eosinophilie in folgende Sätze zusammen:

Die Gegenwart von eosinophilen Leukocyten in Entzündungsherden oder überhaupt in krankhaft veränderten Geweben ist kein Symptom irgend einer specifischen Reizung, sondern die Folge von Blutextravasaten oder von Imbibition der Gewebe mit mehr oder weniger modificirtem Haemoglobin. Diese Leukocyten, welche ihre Existenz ausschliesslich dem Haemoglobin verdanken, sind keineswegs irgend welche neue Gebilde, die vor dem Bluterguss im Organismus nicht vorhanden waren, sondern es sind dies gewöhnliche und wahrscheinlich neutrophile Leukocyten, die, indem sie Blutkörperchen resp. Haemoglobin in sich aufgenommen haben, statt der früheren Granulation eine neue erhalten haben.

Den Boden zu diesem Process geben ausschliesslich die Gewebe und höchst wahrscheinlich in manchen Fällen auch Entzündungsproducte ab. Die Gewebseosinophilie ist in Betreff der Localisation durch keine Gesetze gebunden; überall da, wo Blut durchströmt und extravasiren kann, ist die Möglichkeit zur Entstehung von Eosinophilie gegeben. Von diesem Boden her können die eosinophilen Leukocyten in das Blut übergehen, in demselben eine Anhäufung dieser Zellen hervorrufend. Es ist daher die Eosinophilie des Blutes stets eine secundäre Erscheinung.

Die Eosinophilie ist somit keine pathologische Erscheinung in strengem Sinn, sondern die Folge einer rein physiologischen Function der Leukocyten. Dieser Function der Leukocyten verdankt auch eine gewisse, oft schwankende Menge eosinophiler Leukocyten in den normalen Geweben überhaupt und speciell im Blut und im Knochenmark ihre Gegenwart. Einen diagnostischen Werth, den man den eosinophilen Zellen bis dahin zugemuthet hat, haben sie daher nicht; nur in einer Beziehung haben sie dennoch diesen Werth nicht verloren, insofern sie nämlich in besonders beträchtlicher Menge in Processen, die mit Blutergüssen zu verlaufen pflegen, auftreten, so dass ihre Anwesenheit direct auf Extravasate hinweist und uns zum Nachforschen über die Ursachen letzterer zwingt.

No. 6.

Karl Walz: **Ueber die Inspection bei schiefer Beleuchtung und bei Schattenbewegungen.** (Aus dem pathologischen Institut in Tübingen.)

Verfasser empfiehlt auf Grund eigener Untersuchungen die Betrachtung bei schiefer Beleuchtung als Ergänzung des directen Sehens zu ausgedehnter Anwendung. Wir sind z. B. durch schiefe Beleuchtung in der Lage, die bei voller Beleuchtung kaum wahrnehmbare Vorwölbung der Haut durch die Pulswelle in sehr vielen Fällen durch den Schatten so deutlich zu projiciren, dass selbst feinere Details, wie die Rückstosselevation, erkannt werden können. Die Methode der schiefen Beleuchtung hat für viele andere Bewegungserscheinungen am Körper ebenfalls eine grosse Bedeutung. Die interessanten Anregungen des Verfassers müssen im Einzelnen im Original nachgelesen werden.

No. 7.

Joseph Prantner und Robert Stowasser: **Ueber den Einfluss des Zuckers auf die Muskelermüdung.** (Aus der medicinischen Klinik in Graz.)

Durch eingehende Versuche — Muskelübungen und Stoffwechselversuche — zeigen die Verfasser, dass durch Zufuhr geringer Zuckermengen (30 g) die Arbeitsleistung des Körpers beträchtlich vermehrt und zugleich eine eiweisssparende Wirkung erreicht wird. Die Ergebnisse der Arbeiten von Mosso, Schumburg u. A. werden damit durch die Verfasser vollauf bestätigt.

W. Zinn-Berlin.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Herausgegeben von P. Bruns. XXIII. Band, 2. Heft. Tübingen 1899. Laupp'sche Buchhandlung.

W. Koerte: **Erfahrungen über die Operation der Leberechinococcen mittels einseitiger Einnähung, sowie über Complicationen in dem Heilungsverlaufe.**

K. hat von 1890—98 16 Fälle von Leberechinococcus operirt (3 †), 8 mal bestund Vereiterung des Echinococcus. K. bespricht die Infection des Sackinhaltes von der Blutbahn und vom Darm aus; Ikterus bestund 8 mal sowohl bei vereiterten als nicht vereiterten Fällen. Meist sass der Echinococcus im rechten Leberlappen, 1 mal im rechten und linken, 1 mal vorzugsweise im linken Lappen; mehrfache Echinococcensäcke fanden sich bei 4 Patienten. Werden die Nebencysten in derartigen Fällen bei der Operation nicht gleich gefunden, so vereitern sie sehr leicht während der Heilung der ersten. Die Diagnose ist in typischen Fällen leicht, besonders bei subphrenischem Echinococcus können grosse diagnostische Schwierigkeiten entstehen, 2 betr. Fälle wurden als Empyem angesehen, in einem Fall die Diagnose auf von Cholelithiasis ausgehende Eiterung gestellt. Auch K. betont die Gefahr der Probepunction durch Nachsickern und Peritonitis. Bei vereiterten Echinococcencysten zumal ist möglichst baldige Entleerung angezeigt. Die perpleurale Eröffnung von Echinococcencysten wurde im Ganzen bei 8 Patienten 9 mal ausgeführt.

Wenn möglich, ist möglichste Verkleinerung der Sackwand durch partielle Resection indicirt, die erhebliche Abkürzung der Heilungsdauer erreicht. Als Complicationen werden hauptsächlich capilläre Nachblutungen und profuser, lang andauernder Gallenabfluss erwähnt (unter 16 Fällen zeigte sich 4 mal totaler Gallenverlust und Entfärbung der Faeces) etc.

Stabsarzt Lang bespricht aus dem neuen allgemeinen Krankenhaus zu Hamburg **die Operation der leukaemischen Milz.**

Die Milzexstirpation ist bei allen Hypertrophien (Malaria und Pseudoleukaemie) noch eine gefürchtete Operation. Nach Adelmann starben von 54 Milzexstirpirten 37, Ceci berechnet auf 145 Fälle 51,6 Proc. Mortalität (für die Malariamilz speciell 55 Proc.,

für die leukaemische Hypertrophie 91,4 Proc.), Vulpius rechnet 50 Proc., Spanton stellt 25 leukaemische Milzexstirpationen mit 24 Todesfällen zusammen. L. theilt aus Kümmell's Abtheilung einen Fall mit, in dem Patient nach der Exstirpation einer leukaemischen Milz trotz anfänglicher Besserung des Allgemeinbefindens nach 2 Monaten zu Grunde ging.

Aus der gleichen Abtheilung bespricht T. Ringel die **Osteomalacie beim Manne**, indem er Krankengeschichte und Sectionsbefund eines 25jährigen Mannes gibt, der mit Ulcus ventriculi, starker Schwäche der Muskeln und Sehstörungen erkrankte, nach 4 Jahren deutliche Verkrümmung der Brustwirbelsäule darbot, die in $1^1/_2$ Jahren zu enormer Difformität des Thorax führte, so dass Patient schliesslich dauernd an's Bett gefesselt blieb bis zu seinem nach 11 Jahren an Magenblutung erfolgten Tode.

Aus dem gleichen Krankenhause schreibt P. Steffens **über mehrfache Laparotomien an denselben Patienten**, indem er nach Thierexperimenten und 45 betr. Fällen die Folgeerscheinungen vorhergegangener Laparotomie studirte. Auf 1420 Laparotomien seit 1885 trafen 2,8 Proc. wiederholte Bauchschnitte, 5mal sah St. Ileus kurz nach der 1. Operation, 8mal längere Zeit nach derselben. Die Prognose der Laparotomie wegen Ileus und Darmlähmung ist nicht günstig, 76,9 Proc. starben kurz nach der wiederholten Laparotomie. Bezüglich der Verhütung von Adhaesionsbildung ist besonders darauf zu achten, dass die Serosa so wenig als möglich gereizt wird (keine zu energische Toilette des Peritoneums, oder zu scharfe desinficirende Lösungen) und dass die Wundflächen von durchtrennten Ligamenten etc. soweit möglich mit Peritoneum überkleidet werden. Auch die mangelnde Darmperistaltik spielt eine grosse Rolle, und wie Heidenhain u. A. empfiehlt St. Abführmittel nach der Laparotomie zu reichen.

Aus der Heidelberger Klinik gibt Steudel den Schluss seiner Arbeit **über die in den letzten Jahren an der Czerny'schen Klinik ausgeführten Magenoperationen und die Endresultate der früheren Operationen** und bespricht zunächst 65 Gastroenterostomien mit 30,8 Proc. Mortalität (innerhalb der ersten 30 Tage), 47 wegen Pylorusstenose, 38,3 Proc. bei malignen Tumoren, 15 bei gutartigen Stenosen (11 wegen Narben nach Ulcus ventr.), 3 wegen frischen Ulcus ventriculi. 12 Operationen wurden mit Naht, 53 mit dem Murphyknopf ausgeführt. Auffallend hoch war betreffs der tödtlichen Fälle die Anzahl der an Pneumonie gestorbenen (15 unter 20) und kann wohl die Narkose nicht dafür verantwortlich gemacht werden, da auch mit Localanaesthesie operirte Fälle an Pneumonie erlagen. St. misst zu festem Verband um den Leib die Hauptschuld bei, zumal bei Männern, die bei dem vorzugsweise abdominalen Athemtypus mehr darunter leiden, so dass unter Umständen Lockerung des Verbandes, besonders zur Nachtzeit angezeigt ist. Zweimal wurde der Rand des Mesokolonschlitzes bei der v. Hacker'schen Operation so gegen den abführenden Schenkel des Jejunum vorgedrängt, dass eine Verengerung und wieder Stenosenerscheinungen mit Erbrechen auftraten; seitdem wird bei der betreffenden Operation darauf geachtet, dass die Incision im Mesokolon nicht zu klein gemacht wird und der Rand des Schlitzes mit 2—3 feinen Seidennähten an den Magen fixirt wird, um eine Verschiebung nach Reposition der Theile unmöglich zu machen. Czerny erlaubt seinen Gastroenterostomirten schon am ersten Tag $^1/_2$—1 stündlich 1 Kaffeelöffel Thee mit oder ohne Cognac und bald Milch und Fleischbrühe, vom 8. Tag ab breiige Kost. Nach 2 Fällen von Gastroenterostomie bei frischem Ulcus constatirt St., dass das frische Ulcus ventriculi ausserordentlich günstig durch die Gastroenterostomie beeinflusst wird und dass in der Regel durch diese Operation alle Symptome des Ulcus mit einem Schlag aufhören, da durch die rasche Ableitung des Mageninhaltes in den Darm der Indicatio causalis besser genügt wird, als bei Excision des Ulcus, man soll desshalb nicht lange nach dem Geschwür suchen, sondern die Gastroenterostomie ausführen. Im Ganzen wurden in Czerny's Klinik 110 Gastroenterostomien mit 30 Proc. Mortalität ausgeführt (35,4 Proc. bei malignen Tumoren, 14,3 Proc. bei gutartigen Stenosen). Die relative Zahl der Magenoperationen hat in Czerny's Klinik rasch zugenommen und ist die Mortalität von 45 Proc. auf 16 Proc. zurückgegangen.

Aus der Innsbrucker Klinik gibt L. Reinprecht einen **Beitrag zur Charakteristik der Geschwülste des knöchernen Schädeldaches**, indem er den Fall einer 53jährigen Taglöhnerin mittheilt, bei der sich nach Trauma ein Angiosarcoma plexiforme der Stirn entwickelte, bei dessen Exstirpation zweizeitig verfahren werden musste, da nach der Aussägung des betreffenden Schädelstückes so heftige Blutung aus der Dura auftrat, dass zunächst tamponirt werden musste.

Aus der Prager chir. Klinik schreibt Reg.-Arzt Ed. Mazel **über Blasenektopie und deren operative Heilung** und kommt nach eingehender Besprechung der verschiedenen Operationsmethoden zu dem Resultat, dass die Implantation der Ureteren sammt dem Lietaud'schen Dreieck als Radicaloperation die erste Stelle einnimmt, nachdem 14 derartige Operationen 85,7 Proc. Heilungen ergaben.

Aus der Tübinger Klinik bespricht O. Wendel, **zur Casuistik der Haarnadeln in der weiblichen Blase**, 9 betreffende Fälle, mit der einzigen Ausnahme eines 11jährigen Kindes sämmtlich bei Patienten von 20 bis 30 Jahren nach masturb. Manipulationen beobachtet, die stets schwere Erscheinungen machen, 5mal Steinbildung zur Folge hatten und 3mal zur Sectio alta nöthigten. Die Röntgenaufnahme ergab u. a. ein sehr klares Bild über die Lage der Nadel, die meist eine quere ist.

H. Kuttner bespricht aus der gleichen Klinik **multiple carcinomatöse Darmstricturen durch Peritonealmetastasen** und schildert einen zur Probelaparotomie Anlass gebenden Fall von 62jährigem Mann, der wegen Ileus zuging und bei dem am Mesenterialansatz des ganzen Ileum an 99 durch schrumpfende Krebsknoten (einer Lymphangitis und Lymphadenitis carcinomatosa) bedingte Stricturen sich fanden, während der Haupttumor ein infiltrirtes Carcinom der Flexur war. Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1899. No. 8.

L. Heidenhain: **Ersetzung des Catgut durch Seide.**

H. ist der Ueberzeugung, dass sich das Catgut nicht mit voller Sicherheit sterilisiren lässt und hat nach der häufig beobachteten eiterigen Ausstossung von Ligaturen und 2 schweren Fällen (1 partiellen Eiterung nach Arthrotomie des Knies wegen luxirten Meniscus und ein Platzen der Bauchwunde nach Hydronephrosenoperation mit tödtlicher Peritonitis im Gefolge) das Catgut ganz aufgegeben und seitdem er bei allen versenkten Nähten etc. Seide benützt, bei ca. 300 Fällen auch nicht einen Seidenfaden nach aussen abgestossen gesehen. H. benützt feine Seide No. 0 gedreht (nicht geflochten), da sich selbe besser einfädelt und billiger ist. Dieselbe wird am Morgen vor der Operation in Dampf sterilisirt und dann direct in 0,1 proc. Sublimatlösung gelegt, aus derselben mit der Pincette emporgehoben und so kurz wie möglich abgeschnitten. Eine grosse Rolle an der erreichten Gleichmässigkeit des Wundheilverlaufes schreibt H. der besseren Händedesinfection zu, die zuerst 10—15 Minuten in heissem Wasser, dann 2mal in 1 proc. Lysollösung erfolgt und wobei keine Bürste 2mal benützt wird. Abends vor der Operation werden die Patienten mit einem Formolverband versehen. Bezüglich der Sterilisation lobt H. sehr den Rohrbeck'schen Vacuumsterilisator grösster No. als das beste System.

H. Wagner: **Ueber die Diagraphie von Nierensteinen.**

Gallensteine haben bisher nur ganz ausnahmsweise, Nierensteine und Blasensteine nur unsichere Resultate bezüglich Röntgendurchleuchtung ergeben. Nach 3 betr. Fällen tritt W. den Ringel-schen Erfahrungen gegenüber, indem es ihm 2mal gelang, durch X-Strahlen die Diagnose von Nierenstein zu sichern. W. sieht in dem chemischen Verhalten keinen Hinderungsgrund, diagraphische Bilder zu erhalten. Unter 14 Nierensteinen waren die Uratsteine am meisten für X-Strahlen durchgängig, die Oxalatsteine resp. Kerne haben den deutlichsten Schatten.

Nach einer Arbeit von Leonard-Philadelphia erwiesen sich die Phosphatsteine am durchgängigsten für die X-Strahlen. In 17 Fällen von Nierenaufnahmen fand L. in allen den Nierenschatten, in 11 fand er Nierensteine skiagraphisch. Schr.

Centralblatt für Gynäkologie, 1899, No. 8.

1) Th. Schrader-Halle: **Noch ein Wort zur Kranioklastfrage.**

Eine Vertheidigung des kürzlich von Fehling empfohlenen viertheiligen Kranioklasten gegen die Angriffe von R. v. Braun-Fernwald. (Cf. diese Wochenschr. 1899, No. 5, S. 156.)

2) A. Mackenrodt-Berlin: **Zur Operation bei Retroflexio uteri.**

Veranlassung zum vorliegenden, meist polemisch gehaltenen Artikel gab die kürzlich im Centralblatt beschriebene Methode von Gottschalk (cf. dieses Bl. 1899, No. 6, S. 193), der M. jede Originalität abspricht. Er zählt die Wandlungen der vaginalen Operationen bei Retroflexio auf, wobei sich 5 Perioden feststellen lassen, und zeigt, dass die neueste Methode wieder eine Aufnahme des ältesten Verfahrens ist. Das wichtigste Princip desselben ist die Fixation des Uterus in der Höhe von $1^1/_2$—2 cm an die Scheide, weil nur so die Dauerresultate gut werden und spätere Geburtsstörungen ausbleiben. Nach kurzer Beschreibung der Operationstechnik, wie sie G. jetzt ausübt, werden die Vortheile dieser Methode aufgezählt, die nach G. besonders vor der Alexander'schen Operation den Vorzug verdient.

3) Georg Romm-Wilna: **Neubildung einer zerstörten weiblichen Harnröhre unter Anwendung der Gersuny'schen Methode der Sphincterenbildung.**

Gersuny's Verfahren, das er im Jahre 1889 (Centralbl. f. Chir., S. 433) beschrieb, bestand darin, dass er die Harnröhrenöffnung umschnitt, die Harnröhre weit ringsum ablöste und derart um ihre Längsachse gedreht wieder einnähte, dass sie $1^1/_4$ mal spiralig gewunden wurde. Diese Methode hat R. in einem Fall von grosser Blasenscheidenfistel mit fast völlig fehlender Harnröhre erfolgreich ausgeführt. Nur führte er die Operation zweizeitig aus, da er das morsche Gewebe nicht mehr als um 180° zu drehen wagte. Bei der Entlassung bestand völlige Continenz.

Jaffé-Hamburg.

Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 14. Bd., 1. und 2. Heft.

L. R. Müller: **Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes.** (Aus der med. Klinik in Erlangen.)

Wurde schon an anderer Stelle dieser Zeitschrift besprochen.

Friedmann-Mannheim: **Zur Lehre, insbesondere zur pathologischen Anatomie der nicht-eitrigen Encephalitis.**

Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Mutterer: **Zur Casuistik der chronischen ankylosirenden Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke (Strümpell) (Spondylose rhizomélique, P. Marie).**

Beschreibung eines Falles von Versteifung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. Die Erkrankung ist allmählich von unten nach oben fortgeschritten, so dass zuerst die Hüftgelenke und die Lendenwirbelsäule ankylosirt waren und in letzter Reihe die Halswirbelsäule und schliesslich auch die Schultern befallen wurden. Ueber die anatomische Grundlage dieses doch recht seltenen Symptomencomplexes ist man wegen des Mangels an Sectionsbefunden noch völlig im Unklaren.

Cassirer: **Ueber Veränderungen der Spinalganglienzellen und ihrer centralen Fortsätze nach Durchschneidung der zugehörigen Nerven.**

Die vorliegenden Versuche, die Folgen der Durchschneidung des Ischiadicus auf die Spinalganglienzellen und auf die Hinterstränge des Rückenmarkes festzustellen, sind in der Hoffnung angestellt worden, einen Anhaltspunkt für die Pathogenese der Tabes zu gewinnen. Ein grosser Theil der Zellen der Spinalganglien zeigt nach der Durchtrennung des zugehörigen peripherischen Nervens deutlich krankhafte Veränderungen, ein kleiner Theil der Spinalganglienzellen scheint sogar ganz unterzugehen. In den centralen, in den Hintersträngen des Rückenmarkes verlaufenden Fortsätzen der Spinalganglien lässt sich nur eine ganz spärliche Degeneration nachweisen.

Die schweren Veränderungen in den Hintersträngen, wie sie bei der Tabes gefunden werden, können also nicht ohne Weiteres auf eine Erkrankung der peripherischen Nerven zurückgeführt werden.

Frank: **Ueber eine typische Verlaufsform der multiplen Sklerose.** (Aus der Poliklinik des Prof. Oppenheim in Berlin.)

Der Verfasser weist auf die grosse Rolle hin, welche Opticuserkrankungen im klinischen Bild der multiplen Sklerose spielen.

Sehstörungen gehen gar nicht selten den übrigen Erscheinungen der multiplen Sklerose jahrelang voraus. Diese Thatsache ist diagnostisch von grosser Wichtigkeit, sie zeigt, dass in Fällen von spontan auftretender Sehnervenatrophie, für welche sich sonst keine aetiologische Begründung finden lässt, die Möglichkeit einer späteren Entwicklung der multiplen Sklerose offengelassen werden muss.

Kleinere Mittheilungen und Besprechungen.

L. R. Müller-Erlangen.

Archiv für Hygiene. 34. Bd., 2. Heft.

G. Macke: **Ueber eine neue Methode zur Bestimmung der Mauerfeuchtigkeit.** (Chem. Laboratorium des k. k. Militär-Sanitäts-Comité's in Wien.)

Der Verfasser sucht den Wassergehalt des Mörtels zu bestimmen, durch araeometrische Ermittelung der Zunahme des specifischen Gewichtes von 150 ccm Alkohol, zu dem man 25 g Mörtel setzt. Der nahe liegende Einwand, dass Salze, die sich im Alkohol lösen, die Resultate ungenau machen, wird durch Versuche soweit widerlegt, dass die Methode durchaus weiterer Prüfung werth scheint. Es wäre so auch für den chemisch ungeschulten und ohne Laboratorium Arbeitenden eine rasche und billige Methode gefunden, welche die Trockenmethode im Luftbade oder Vacuumtrockenschrank für viele praktische Zwecke ersetzen könnte.

Günther und Spitta: **Bericht über die Untersuchung des Berliner Leitungswassers von April 1894 bis December 1897.** (Hyg. Institut Berlin.)

Zum kurzen Referat ungeeignet.

Ružička: **Vergleichende Studien über den Bacillus pyocyaneus und den Bacillus fluorescens liquefaciens.** (Hygien. Institut der tschechischen Universität Prag.)

Die von Lehmann und Neumann ausgesprochene Ansicht, dass die beiden oben genannten Organismen, zwischen denen morphologisch keine und biologisch nur geringe Differenzen gefunden werden konnten, sehr nahe verwandt sein müssten, ist von R. eingehend untersucht und gefunden, dass wohl die beiden Arten in ihren typischen Stämmen etwas verschieden sind, dass aber gleitende Uebergänge vorkommen. Es ist auch R. gelungen, Fluorescentes mit stärkerer Bildung von blauem Farbstoff zu züchten, und Fluorescensrassen zu finden, die im Thierversuch sich ähnlich wie Pyocyaneus verhielten. — Die vom Ref. zuerst beobachtete Eigenschaft der Denitrification, welche Weissenberg an allen Pyocyaneusstämmen, die wir erhalten konnten, nachwies, hat R. nicht bei Fluorescentes geprüft. Wir haben bisher keinen Fluorescensstamm mit denitrificirender Wirkung gefunden.

3. Heft.

Konrad Mann: **Beiträge zur Frage der specifischen Wirkung der Immunsera.** (Hyg. Institut Würzburg.)

1) Ein auffallend stark wirksames Serum von einem Typhuskind, das Bact. typhi noch bei $^1/_{8000}$ stark agglutinirte, wurde gegen viele andere Bacterienarten erprobt. Bei $^1/_{40}$ zeigten alle Arten Beeinflussung. Eine Reihe von Arten ergab aber auch ohne Serumzusatz Bildung von Sedimenten, so Bact. fluorescens, prodigiosum, pyocyaneum, Bact. vulgare (Proteus) u. s. w. Diese Arten eignen sich aus diesem Grunde überhaupt nicht zur Serumprobe. Auffallend war, dass gegen einen aus einem typhösen Exsudat gezüchteten typischen Colistamm das Typhusserum starke Wirkung noch bei $^1/_{1000}$ zeigte, auf einen Colistamm der Institutssammlung nicht. — In zweifelhaften Fällen, ob Wirkung constatirt sei oder nicht, verlangt Mann Wiederholung der Beobachtung nach 12 Std. Zwölfstündige Agglutinationsdauer ist beweisend — wenn einfaches Sedimentiren durch einen Controlversuch ausgeschlossen ist.

2) Agglutinirte Bacterienhaufen können kräftiges Wachsthum zeigen, während sie agglutinirt bleiben.

3) Concentrationen von $^1/_{40}$—$^1/_{80}$ lassen Typhusbacterien 8 Tage lang agglutinirt bleiben, die Vermehrung der Keime durch Entwickelung junger Keime aus den gelähmten alten Haufen geht langsamer als in Präparaten ohne Serumzusatz. Es wirkt das Typhusserum also auch Wachsthum hemmend. — Die agglutinirenden Stoffe werden bei ihrer Wirkung verbraucht, eine wieder beweglich gewordene Probe wird durch einen neuen Tropfen Serum wieder gefällt.

4) Ein Kaninchen war nach Pfeiffer gegen Typhus immunisirt und lieferte am 8. Tage ein Serum, das bei der Verdünnung $^1/_{40}$ gut gegen Typhus, schwächer gegen 2 Stämme des Bacterium coli wirksam war, gegen Cholera war es auch bei dieser Verdünnung fast unwirksam. Die Verdünnung $^1/_{100}$ wirkte nur noch auf Typhus, die Verdünnung $^1/_{160}$ auch gegen Typhus nicht mehr deutlich. 20 Tage nach der Typhusimmunisirung wurde das Thier gegen Cholera nach Pfeiffer immunisirt und 8 Tage später getödtet. Das Serum reagirte jetzt nicht nur erheblich gegen Cholera (bis $^1/_{150}$), sondern auch viel stärker als früher gegen Typhus (bis $^1/_{300}$, ja $^1/_{400}$). Der Urin war bei der Section blutig und cylinderhaltig gefunden, er erzeugte intensive und rasche Paralysirung von Choleravibrionen, aber nicht von Typhusbacterien.

Andere Einzelheiten und Schlüsse aus den Beobachtungen sind im Original nachzusehen.

Franz Zierler: **Ueber die Beziehung des Bacillus implexus Zimmermann zum Bacillus subtilis Cohn.** Ein Beitrag zur Lehre von der Variabilität der Spaltpilze. (Hyg. Institut Würzburg.)

Eine jahrelang im Würzburger Institut unbeweglich befundene, von Prof. Zimmermann dem Institut als unbeweglich übersandte Art, Bacillus implexus Zimm., wurde erst von Böttcher, dann von Zierler beweglich gefunden, dabei aber nachgewiesen, dass die culturellen Eigenschaften der Art sich im Uebrigen nicht geändert hätten.

Prof. Dr. K. B. Lehmann: **Einige Bemerkungen zur Geisselfrage.** Nachschrift zu vorstehender Arbeit des Herrn Zierler. (Hyg. Institut Würzburg.)

Referent weist auf die principielle Bedeutung der vorstehenden Arbeit hin und constatirt, dass sie ein Gegenstück bilde zu dem von Lehmann und Neumann constatirten umgekehrten Fall des Bewegungs- und Geisselverlustes bei beweglichen Coccen u. Sarcinen. Auch berichtet Referent, dass fortgesetzte Studien über den Bacillus mycoides weder ihm selbst noch einem seiner Schüler jemals eine bewegliche Form dieses allgemein als beweglich beschriebenen Organismus in die Hände geliefert hätten, obwohl ca. 50 Culturen aus Erde sehr verschiedener Provenienz angelegt wurden.

Leo Wolf: **Ueber den Einfluss des Wassergehaltes der Nährböden auf das Wachsthum der Bacterien.** (Hyg. Institut Würzburg.)

Aus Versuchen mit Agar, Gelatine, Brot, Kartoffelmehl, Fleischmehl und Cakes kommt der Verfasser zum Resultate, dass bei 50 Proc. Wassergehalt die meisten Bacterien noch wachsen, bei 40 Proc. aber versagen oder sehr kümmerlich werden. Gearbeitet wurde mit: Bact. pyocyaneum, B. typhi, prodigiosum, vulgare; Bacillus anthracis, Mikr. pyogenes α aureus, Vibrio cholerae.

Max Schottelius: **Die Bedeutung der Darmbacterien für die Ernährung.** (Hyg. Institut Freiburg.)

Die im Titel aufgeworfene Frage schien durch Versuche von Thierfelder und Nutall in dem Sinne beantwortet zu sein, dass den Bacterien keine wesentliche Bedeutung für die Ernährung junger Meerschweinchen zukommt. Schottelius, der diesen Arbeiten hohes Lob spendet, schliesst aber aus den gleichen Resultaten, dass die Thiere zwar am Leben bleiben, aber stark an Körpergewicht zurückbleiben. Eigene Versuche an Hühnchen ergaben unzweifelhaft, dass die keimfrei erzogenen Thierchen höchstens bis zum 12. Tag etwas an Gewicht zunehmen, am 17. Tage aber unter bedeutender Gewichtsabnahme dem Tode nahe sind, während das normale Hühnchen bis zum 17. Tag etwa $2^1/_2$mal soviel wiegt wie Anfangs. Die sinnreiche und mühsame Versuchsanordnung ist im Original nachzusehen. Jedenfalls wird diese Arbeit, welche die von Pasteur postulirte Nothwendigkeit der Darmbacterien darzuthun scheint, nach weiteren Untersuchungen rufen.

Prof. Pietro Albertoni-Bologna: **Untersuchungen über die Kostordnung in den italienischen Krankenhäusern.**

Zu kurzem Referate ungeeignet.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Zeitschrift für Hygiene und Infectionskrankheiten. 29. Bd. 1. Heft.

Martin Ficker: **Ueber Lebensdauer und Absterben von pathogenen Keimen.** (Hyg. Institut Leipzig.)

Die an überraschenden Resultaten reiche, werthvolle Arbeit ist mit kurzen Worten nicht referirbar. Sie zeigt, wie ungeahnt fein die Bacterien auf mancherlei äussere Einflüsse reagiren und wie leicht widersprechende Resultate gefunden werden, wenn irgend ein nebensächlich scheinender Factor ausser Acht bleibt. Z. B. ist für das Absterben von auf Glastäfelchen ausgestrichenen Choleraculturen folgendes von Belang:

1. Sehr dünne Ausstriche werden rascher geschädigt als dicke Klümpchen, kleine Variationen der Ausstichdicke sind bedeutungslos.

2. Dünne Ausstriche gehen im Exsiccator, dicke bei Zimmertemperatur rascher zu Grunde.

3. Je niedriger die Temperatur, um so besser wird das Austrocknen vertragen.

4. Virulente Culturen sind widerstandsfähiger als avirulente.

5. Abwechselnde Aufbewahrung in feuchten und trockenen Räumen tödtet besonders rasch.

6. Aeltere Culturen waren etwas widerstandsfähiger als junge.

Auch über die Lebensdauer in der feuchten Kammer hat Ficker interessante Ergebnisse erzielt. Hier zeigten sich Ausstriche von älteren Culturen von Choleravibrionen enorm viel widerstandsfähiger als von jungen, z. B. hielten Ausstriche von 1 Tag alten Culturen 1—2 Tage, von 2 Tage alten bis 7 Tage, von 3 Tage alten bis 14 Tage, noch ältere 30—50 Tage lang in der feuchten Kammer aus. Gegen Hitze und Chemikalien verhalten sich aber alle Alter der Culturen gleich, Sporen wurden nie gesehen.

Die Arbeit enthält auch eine grosse Uebersicht über alle bisherigen Resultate über die Lebensdauer trockener Cholera-, Typhus-, Diphtherie- und Pestorganismen.

Ueber das Absterben der Mikroorganismen im Wasser erfahren wir auch viel Neues. Das absolut reine destillirte Wasser wirkt stark bactericid, eine Spur Nährstoffzusatz, Verweilen (besonders längeres Kochen) des Wassers in Glasgefässen hebt die bactericide Wirkung auf. Jenenser Glas, das kaum etwas an Wasser abgibt, erhält die bactericide Eigenschaft am besten. — Andererseits wirkt Leipziger Leitungswasser, wenn es eine Zeit lang im Rohr gestanden, stark bactericid und verliert diese Eigenschaft theilweise durch Kochen. Auch über die z. Th. noch nicht vollkommen aufgeklärte oligodynamische Wirkung des Kupfers bringt der Autor Beiträge — kurz die Arbeit ist in hohem Grade lesenswerth. —

Heinrich Winterberg: **Zur Methodik der Bacterienzählung.**

Die Zählung von Bacterien im Thoma-Zeiss'schen Zählapparat ergibt gute übereinstimmende Resultate in mehreren Controlversuchen. Die Zahl ist stets höher als die durch Plattencultur erhaltene, oft 80—90 Proc. höher. Da die Plattenmethode nur die lebensfähigen Keime zählt und Verbände auch nur eine Colonie ergeben, ist das Resultat begreiflich.

Die Methode soll die Plattenmethode nicht ersetzen, nur für gewisse Untersuchungen ergänzen.

N. Berestnew: **Ueber Pseudoaktinomykose.** (Bacteriolog. Institut Morkau.)

Die für den Bacteriologen interessante, schwer kurz zu referirende Arbeit gibt nach einer kritischen Einleitung Bericht über Fälle (Atypische Aktinomykose), in denen der Eiter keine Körnchen enthielt und keine Drusen im Gewebe zu beobachten waren. Die Erreger dieser Affectionen färben sich theils nach Gram und haben z. Th. Aehnlichkeit mit gewissen Formen des Tuberkelbacillus, theils färben sie sich nicht nach Gram und sind dann leichter von dem echten Aktinomycespilz zu unterscheiden. Interessant ist auch die Angabe, dass der Autor aus allerlei Strohhälmchen auf feuchtem Sand eine Menge (5) verschiedene Aktinomycesformen gezüchtet hat.

Rafael Minervini: **Ueber die bactericide Wirkung des Alkohols.** (Aus dem Institut für klin. Chirurgie und Pathologie Genua.)

Der Autor resumirt:

1. Der Aethylalkohol hat im Allgemeinen eine sehr geringe bactericide Wirkung. Bei normaler Temperatur vermag er die nicht sporogenen Keime zu vernichten, nicht aber die sporogenen. Seine Action ist in den mittleren Concentrationen (50—70 Proc.) viel kräftiger, als in den geringeren oder höheren; geradezu minimal wirkt absoluter Alkohol.

2. Der siedende oder unter Druck erhitzte Alkohol wird im selben Maasse bactericid wirken, als die Wasserpercentualität, die er enthält, grösser ist.

3. Die antiseptischen Substanzen, in Alkohol gelöst, verlieren merklich ihre Kraft im Vergleiche zu den wässerigen Lösungen. Die bactericide Wirkung der alkoholischen Lösungen ändert sich im umgekehrten Verhältnisse zu dem Grade des Alkohols.

Lorenz: **Berichtigung zu dem Aufsatze über Impfungen zum Schutz gegen den Rothlauf der Schweine und zur Kenntniss des Rothlaufbacillus von O. Voges und W. Schütze in Berlin.**

Schütze: **Erwiderung auf vorstehende Berichtigung.**

Diese kurze Polemik muss im Original eingesehen werden.

2. Heft.

Paul Hilbert: **Ueber die Steigerung der Giftproduction der Diphtheriebacillen bei Symbiose mit Streptococcen.** (Hyg. Institut Königsberg.)

Mischculturen von Diphtheriebacterien und Streptococcen in Bouillon geben früher und stärkere alkalische Reaction und, wie durch Thierversuche nachgewiesen ist, auch früher und stärkere Diphtherietoxinbildung als reine Diphtherieculturen. Die wahrscheinlichste Erklärung ist eine Virulenzvermehrung der Diphtheriebacterien in der Mischcultur.

Slawyk und Manicatide: **Untersuchungen über 30 verschiedene Diphtheriestämme mit Rücksicht auf die Variabilität derselben.** (Laboratorium der Universitätskinderklinik Berlin.)

Die ausführlich mitgetheilten Untersuchungen widerlegen die Angaben von Hüppe und Zupnik, wonach zwei verschiedene virulente Diphtheriebacterien existiren sollten, von denen

a) auf Agar relativ gross, flach, matt, unregelmässig conturirt wächst, sich nach Gram färbt, ohne Eigenbewegung und für Meerschweinchen vollvirulent ist;

b) auf Agar kleine, halbkugelige, kuppenartige Culturen entwickelt, die stark glänzen, sich nicht nach Gram färben, aber langsame Eigenbewegung (?) hat und für Meerschweinchen zwar subcutan schädlich, aber nie tödtlich ist.

Von den 42 isolirten Stämmen von Slawyk und Manicatide waren 4 Pseudodiphtheriebacterien, die übrigen 38 zeigten auf Agar den Typus a oder b in allen Uebergängen, färbten sich alle nach Gram, waren alle unbeweglich, alle für Meerschweinchen pathogen und von Antitoxin (Heilserum) beeinflusst.

Soerensen: **Ueber Diphtheriebacillen und Diphtherie in Scharlachabtheilungen.** (Blegdomspital Kopenhagen.)

Aus der ausführlichen Arbeit, die über 2 Jahre berichtet, seien folgende Sätze herausgehoben.

Gereinigte und geputzte (nicht desinficirte) Locale von Diphtherie- oder Scharlachkranken können gefahrlos von anderen Infectionskranken belegt werden.

Von 1547 neuaufgenommenen Scharlachfällen fanden sich bei 38 Diphtheriebacillen, bei $^1/_2$ der Fälle war aber schon bei der 2. Untersuchung das Resultat negativ, in einem Falle wurden aber 5 Monate lang Diphtheriebacillen gefunden. — Evacuiren der Diphtheriebacillen tragenden Neueingetretenen sofort nach der Entdeckung der Diphtheriebacillen (d. h. ca. 24 Stunden nach Eintritt) genügte meist, um die Verbreitung auf andere Patienten zu verhüten, Nichtevacuiren führte häufig zu mässiger, einmal zu starker Verbreitung der Keime, ohne dass aber mehr als etwa 15 Proc. der Befallenen erkrankt wären. Die Verfasser halten eine gewisse Immunität der Scharlachreconvalescenten gegen den Diphtheriebacillus für wahrscheinlich.

Flügge: **Die Wohnungsdesinfection durch Formaldehyd.** (Hyg. Institut Breslau.)

Die ausgezeichnete, klare Arbeit Flügge's bedarf keines Referats, weil inzwischen die Arbeit Czaplewski's die Leser dieser Wochenschrift auch mit den Resultaten Flügge's im Wesentlichen bekannt gemacht hat. Es sei nur hervorgehoben, dass durch Flügge's Bemühungen in Breslau die Formalindesinfection der Wohnungen sich mit bestem (controlirtem) Erfolg eingeführt hat.

W. Kolle und George Turner: **Ueber Schutzimpfungen und Heilserum bei Rinderpest.**

Die sehr ausführliche Arbeit der im Auftrage der Capregierung mit Weiterverfolgung der Koch'schen Versuche zur Bekämpfung der Rinderpest beschäftigten Autoren bringt wichtige Resultate, ist aber zu kurzem Referat wenig geeignet. Von den Bekämpfungsmethoden werden kritisch gewürdigt: Niederschiessen inficirter Herden und Abzäunung, R. Koch's Gallenmethode, Glyceringallenmethode, Injection virulenten Rinderpestblutes nach der Injection der Galle erkrankter Thiere, defibrinirtes Blut immunisirter Rinder und endlich die «Simultanmethode» von Kolle und Turner. Dieselbe besteht darin, dass Thiere auf der einen Körperseite mit geringer Menge virulenten Rinderpestblutes, auf der anderen mit (140—200 ccm) Serum immunisirter Thiere injicirt werden. Die active Immunisirung zur Serumfabrication geschieht durch Behandlung von Thieren (die erst nach der Simultanmethode immunisirt sind) mit immer grösseren Dosen virulenten Rinderpestblutes bis zu 4 Liter (!). Ein solches Thier liefert dann in 3 aufeinander folgenden Wochen $4^1/_2$ Lit. Blut, woraus durch Centrifugiren etwa $3^1/_2$ Liter Immunserum gewonnen wird. Die Verfasser halten die Rinderpest durch gewissenhafte Beobachtung ihrer Methode für leicht unterdrückbar.

Die Forschungen von Nencki, Sieber und Wyznikiewicz über den Organismus der Rinderpest konnten unsere Forscher nicht bestätigen, sie urtheilen vielmehr sehr abfällig über die russischen Ergebnisse. Sie selbst geben nur an, dass der Organismus ein Chamberlandfilter nicht passirt, also wohl sichtbar sein kann.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1899. No. 9.

1) Th. Rumpf-Hamburg: **Ueber Eiweissumsatz und Zuckerausscheidung beim Diabetes mellitus.**

Aus der eingehenden Stoffwechselanalyse mehrerer schwerer

Diabetesfälle, auf deren Zahlendetail hier nicht eingegangen werden kann, folgert R., dass unbedingt auch das Fett als Quelle des Zuckers anzusprechen sei, eine Ansicht, die zwar nicht neu ist, aber zu geringe Berücksichtigung findet. Es ist der Schluss erlaubt, dass im Organismus der eine Component des Fettes, das Glycerin, in Zucker übergeführt werden kann, eine Anschauung, welche an den Untersuchungen von E. Fischer und E. Külz über das Glycerin eine Stütze findet. Die Ausscheidung der flüchtigen Fettsäuren und vielleicht auch der Oxybuttersäure würde bei dieser Annahme auf einer übermässigen Fettzersetzung im Körper beruhen.

2) A. Dietrich-Tübingen: **Säurefeste Bacillen in einer vereiterten Ovarialcyste.**

Bei einer 48jährigen Kranken, in deren Stuhl mehrmals Tuberkelbacillen (?) gefunden wurden, wurde eine chronische eitrige Peritonitis angenommen. Bei der Section fanden sich keinerlei tuberculöse Veränderungen, sondern ein Ovarialcystom, das mit dem Darm durch Adhaesionen zusammenhing und eitrigen Inhalt bot; in letzterem fanden sich schlanke Stäbchen, die sich durch salzsauren Alkohol nicht entfärben liessen. Die mit dem Eiter geimpften Meerschweinchen gingen zu Grunde; aber es fand sich keine Tuberculose. Ausgeschlossen ist es nicht, dass es sich um zufällig in den Darm gelangte Smegmabacillen handelte. Es gibt vielleicht noch mehr säurefeste Bacterien.

3) M. L. H. S. Menko-Amsterdam: **Die künstliche Eiterung nach der Methode Fochier's bei Pyaemie und anderen acuten Krankheiten.**

In einem Falle klinisch sicher gestellter, vielleicht von den Genitalien ausgegangener Pyämie bei einer 43jährigen Dame, mit Neuritis (atrophischer Lähmung) an beiden oberen Extremitäten versuchte Verfasser schliesslich Terpentinölinjectionen unter die Haut. Schon nach der ersten derselben blieben die Schüttelfröste aus, während sich ein Abscess an der betreffenden Stelle bildete. Doch erfolgte nochmals ein Recidiv des Fiebers; nach der 2. Injection blieb das Fieber definitiv aus. Solche Heilungen sind mehrfach beschrieben, auch bei Typhus, Scharlach, Otitis. Die Wirkung dieser künstlichen Abscesse ist vorläufig unaufgeklärt.

4) Tuczek-Marburg: **Ueber Zwangsvorstellungen.** (Schluss folgt.)

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1899, No 8.

1) Francis Harbitz: **Studien über Endocarditis.** (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Christiania.)

H. berichtet über die Ergebnisse seiner seit 4 Jahren an einem grossen Material durchgeführten Untersuchungen über Endocarditis. Er unterscheidet eine infectiöse und nicht-infectiöse Endocarditis. Zu der letzteren Gruppe gehören zunächst auch die Fälle, deren specifisches, infectiöses Virus noch nicht bekannt ist, z. B. die rheumatische Endocarditis. Die erste Gruppe bietet grosse Verschiedenheiten, sowohl aetiologisch als klinisch. Die durch pyogene Staphylococcen hervorgerufenen Herzklappenentzündungen verlaufen meist unter dem Bilde einer fulminanten Pyaemie. Die durch Strepto- und Pneumococcen bedingten Fälle zeigen dagegen sehr häufig einen mehr chronischen Verlauf. Mittheilung von drei charakteristischen Fällen.

2) Lazarus: **Krankenhausbehandlung der schwerkranken Tuberculösen.** (Aus der inneren Abtheilung des Krankenhauses der jüdischen Gemeinde in Berlin.) (Schluss folgt.)

3) W. Lublinski: **Abscedirende Entzündung der Fossa glosso-epiglottica (Angina praeepiglottica phlegmonosa.)**

Beschreibung dieses sehr seltenen Krankheitsbildes unter Mittheilung von drei Fällen.

4) R. David-Methernich: **Botulismus nach Genuss verdorbener Fische.**

Mittheilung der Krankengeschichte von fünf Fällen, welche die Wirkung des Botulismusgiftes auf den menschlichen Organismus von der leichten intestinalen Störung bis zu den schwersten Lähmungserscheinungen und Organerkrankungen illustriren.

F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1899. No. 8.

1) V. Urbantschitsch-Wien: **Ueber methodische Hörübungen und deren Bedeutung für Schwerhörige.**

Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 17. Februar 1899. Ist zu kurzem Auszuge nicht geeignet.

2) M. W. Herman-Lemberg: **Ueber die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnostik der Nierensteine.**

In dem berichteten Falle bestand ein paranephritischer Abscess; aus der nach der Operation zurückbleibenden Fistel entleerte sich ein haselnussgrosser Nierenstein; aber Eiterung und Schmerzen bestanden trotzdem fort. Durch das Skiagramm wurden nun 3 Steine im Nierenbecken diagnosticirt; einer derselben ging spontan ab, 2 wurden operativ entfernt. Sie bestanden hauptsächlich aus phosphor- und kohlensaurem Kalk.

3) E. Löwy-Marienbad: **Aus der geburtshilflichen Praxis.**

Bei einer 20jährigen Frau, die sonst gesund war, trat der Beginn der Geburt 4—5 Wochen nach der gewöhnlichen Berechnung ein; das Kind musste kraniotomirt werden und wog ohne das hiebei abgeflossene Blut und Meconium 7000 g und war 64 cm lang! Verfasser glaubt, dass es sich um einen wahren Partus serotinus gehandelt hat. Bei der 2. Schwangerschaft wurde am Ende der 36. Woche die künstliche Frühgeburt eingeleitet und ein 2066 g schweres, am Leben erhaltenes Kind geboren. Bei der 3. Schwangerschaft, die zur nämlichen Zeit durch Frühgeburt beendigt wurde, wurde nach 12stündigen kräftigen Wehen ein tief asphyktischer Knabe geboren, 3260 g schwer, 52 cm lang, somit absolut und relativ für die Zeit der Schwangerschaft recht schwer und gross.

Dr. Grassmann-München.

Inaugural-Dissertationen.

Universität **Erlangen.** Februar 1899.

4. Eller Hermann: Ueber die Dauererfolge der Totalexstirpation bei Carcinoma uteri.
5. Jabob August: Ueber einen Fall von Hysterie im Kindesalter mit Mutismus, Blepharospasmus und Astasie-Abasie.
6. Schilling Theodor: Klinische Beiträge zur Lehre von der Parotitis epidemica.
7. Wegener Karl: Ueber Cysten an der menschlichen Nachgeburt.
8. Weirauch Carl: Ein Beitrag zur Casuistik der Leuchtgasvergiftungen.

Universität **Freiburg i. B.** Februar 1899.

6. Prietzel Eugen: Casuistische Beiträge zu den angeborenen Beweglichkeitsdefecten der Augen.
7. Wertheimer Fritz: Beiträge zur Kenntniss der glashäutigen Neubildungen im Auge.
8. Manning G. R.: Zur Aetiologie der wahren Aneurysmen.
9. Rosenthal Johannes: Beitrag zur Casuistik der erworbenen Stenose der Pulmonalarterie durch Verwachsung der Klappensegel.
10. Gilmer Ludwig: Ueber das primäre Carcinom des Pankreas im Anschluss an zwei Fälle von primärem Schleimkrebs der Cauda pancreatis.

Universität **Jena.** Januar 1899: Nichts erschienen.
Februar 1899:

1. Magers Johannes: Ueber hereditäre Sehnervenatrophie und hereditäre Chorioiditis.
2. Pommerehne Friedrich: Ueber die sogenannte cyklische Albuminurie.
3. Salzmann Emil: Ueber Melaena neonatorum.
4. Simeon Richard: Ueber einen Fall von Sinusthrombose.
5. Strohmayer Wilhelm: Ueber Enteritis membranacea und Colica mucosa.
6. Zinkeisen Heinrich: Ueber Poliomyelitis anterior acuta.

Universität **Strassburg.** Februar 1899:
Nichts erschienen.

Universität **Tübingen.** Januar und Februar 1899.

1. Becker Wilhelm: Ueber inguinale Blasenbrüche.
2. Brückmann Paul: Ein Fall von Lymphdrüsen- und Bauchfelltuberculose, combinirt mit myelo-lieno-lymphatischer Leukaemie.
3. Eps Karl: Klinische und pathologisch-anatomische Untersuchung eines Falles von Wirbelcaries und Compressionsmyelitis auf tuberculöser Basis.
4. Espenmüller Wilhelm: Ueber operative Behandlung der Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter bei lebendem Kinde.
5. Fleischer Bruno: Ueber einen Fall von Akranie mit Amnionverwachsung und seitlicher Nasenspalte und über einen Fall von Nothencephalie.
6. Gaiser Richard: Zum Identitätsnachweise von Perlsucht und Tuberculose.
7. Grunert Franz: Experimentelle Untersuchungen über die Regenerationsfähigkeit des Gehirns bei Tauben.
8. Kelber Ernst: Ueber die Wirkung todter Tuberkelbacillen.
9. Levy Ernst: Ueber metastatische Meningitis nach Verletzungen.
10. Lippert Hugo: Ueber Amyloidentartung nach recurrirender Endocarditis.
11. Mahler Emil: Ein Beitrag zur Theorie der Hemicephalie.
12. Sayler Hugo: Ueber einen Fall von Schrumpfniere, combinirt mit totalem Mangel einer Niere ohne Herzveränderung.
13. Schittenhelm Alfred: Ein Fall von vollständiger Agenesie des Vorder-, Mittel- und Zwischenhirns.
14. Schrader Hermann: Ueber habituelle Schulterluxation in Folge von Syringomyelie.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Eigener Bericht.)

Sitzung vom 2. März 1899.

Demonstrationen:

Herr Cron einen durch methodische Uebungen gebesserten Fall von **Deltoideuslähmung nach Poliomyelitis acuta.**

Herr **Ratkowsky** einen Collegen mit mehrfach recidivirender **Blinddarmentzündung**, die bisher stets falsch gedeutet wurde, da der Blinddarm **links** gelegen ist, eine Annahme, die dadurch gerechtfertigt erscheint, als Situs inversus viscerum aller Organe besteht. Auch dieser Situs inversus war bisher nicht erkannt worden.

Herr **William Levy** einen Mann, den er nach seiner Methode vor 5 Jahren an einem hochsitzenden **Mastdarmtumor** operirt hatte, und bespricht hiebei das von ihm angegebene Verfahren.

Fortsetzung der Discussion zum Vortrage der Herrn

Cornet: Ueber Infectionsgefahr bei Tuberculose.

Herr Georg Meyer: Derselbe bestreitet an der Hand der Tuberculosestatistik, dass die von Cornet angezogene Herabsetzung der Tuberculosesterblichkeit in Preussen eine Folge der Cornet'schen Maassnahmen sei. Auch in andern Ländern macht sich ein Rückgang der Sterblichkeit an Tuberculose bemerklich; auch trat dieser schon vor der Befolgung der Cornet'schen Rathschläge ein. Der wahre Grund für diese erfreuliche Thatsache liegt in der besseren Lebenshaltung, in Folge Hebung des Volkswohlstandes, in der socialen Gesetzgebung und in allgemeinen hygienischen Verbesserungen.

Herr Lazarus weist darauf hin, dass die Infectionsgefahr bei Tuberculose von Cornet doch überschätzt werde; nicht jeder Bacillus, der in unsere Lunge kommt, erregt dort eine Erkrankung. Er habe in dem von ihm geleiteten jüdischen Krankenhause niemals eine Infection mit Tuberculose beobachten können.

Herr Fürbringer weist auf die Verhältnisse im Krankenhause am Friedrichshain hin, wo unter 708 Schwestern seit 12 Jahren nur 13 Fälle von Tuberculose mit tödtlichem Ausgang vorgekommen sind. Davon waren aber 6 schon beim Eintritt tuberculös und 6 hereditär belastet. Diese Schwestern hatten z. Th. eine Dienstzeit im Krankenhaus bis zu 15 Jahren. In dieser Zeit waren in den verschiedenen Pavillons gegen 9000 Tuberculöse verpflegt worden. Bei solchen Zahlen erscheint die Infectionsgefahr für das Pflegepersonal doch verschwindend klein. Es muss dabei constatirt werden, dass in seinem Krankenhaus zwar strenge Vorschriften für die Phthisiker bestehen, aber keine Vorschriften im Flügge'schen Sinn.

Herr Heymann, ein früherer Schüler Flügge's, hält an der Auffassung seines Lehrers fest. Er wies auf die Versuche von Laszensko hin, der auf Objectträgern Sputumtröpfchen auffing und damit Meerschweinchen inficirte. Er selbst konnte auf Objectträgern, die noch in grösserer Entfernung von den Kranken aufgestellt worden waren, bacillenhaltige Tröpfchen nachweisen. Auch ist der Beweis erbracht, dass die Tröpfchen einathembar sind; von 25 in die Nähe hustender Phthisiker gebrachten Meerschweinchen erkrankten 6. Der Cornet'sche Infectionsmodus sei übrigens von Flügge durchaus nicht bestritten worden. H. K.

Altonaer Aerztlicher Verein.

(Officielles Protocoll.)

Sitzung vom 18. Januar 1899.

Vorsitzender: Herr Wallichs. Schriftführer: Herr Henop.

1. Herr **Gross** spricht **über Behandlung der Schenkelhalsfracturen im Gipsverband,** wie sie nach Dollinger's Vorschriften jetzt im Krankenhause angewandt wird.

Der 64jährige Kranke kam vor 5 Wochen mit der frischen Verletzung zur Aufnahme. Es lag eine linksseitige intracapsuläre Schenkelhalsfractur vor mit $3^1/_2$ cm Verkürzung. Der Gipsverband wurde am nächsten Tage angelegt. Mit Hilfe des Flaschenzuges wurde die Verkürzung ausgeglichen und die ganze Extremität und das Becken eingegipst. Der Kranke vermochte sofort ohne Schmerzen aufzutreten. Er ist seitdem immer ausser Bett gewesen und geht am Volkmann'schen Bänkchen umher. Bei Abnahme des Verbandes zeigt sich die Fractur consolidirt und zwar ohne die geringste Verkürzung. Die Stützfläche des ganzen Verbandes, die Gipspelotte nach Dollinger, hat sich sehr gut bewährt; sie muss den Contouren der Sitzbein- und Adductorengegend genau angepasst werden; dann lässt sich, wie im demonstrirten Falle, Decubitus verhüten.

2. Herr **F. Krause** demonstrirt:

a) Ein durch die Section gewonnenes **Gastroenterostomie-Präparat, combinirt mit Enteroentero-Anastomose.**

In dem vorliegenden Falle war wegen weit vorgeschrittenen Pyloruscarcinoms die Gastroenterostomie und zwar nach der Wölfler'schen Methode ausgeführt worden. Patient hatte sich 3 Wochen post operationem sehr erholt, konnte bereits feste Nahrung verdauen, war aufgestanden und sollte in den nächsten Tagen entlassen werden, als er unter heftigen Ileuserscheinungen erkrankte. Die sofort vorgenommene Laparotomie zeigte eine pralle Füllung der zuführenden Darmschlinge, welche dadurch die abführende Schlinge vollkommen comprimirt und unwegsam gemacht hatte. Die Füllung der zuführenden Darmschlinge war durch Nahrungsmassen, Galle, sowie nicht zum Wenigsten durch eine frische Blutung aus dem Pyloruscarcinom bedingt. Es wurde nun zwischen dem zuführenden Darmtheil (oberster Abschnitt des Jejunum) und der diesem dicht anliegenden abführenden Dünndarmschlinge eine Anastomose unter Benutzung des Murphyknopfes ausgeführt; jedoch starb der Patient bereits am Abend im Collaps. Die Section zeigte die oben erwähnten Verhältnisse. Nach Entleerung der zuführenden Darmschlinge ergaben Durchspülungsversuche von der Cardia aus die Wegsamkeit sowohl, wie vollkommene Festigkeit der Gastroenterostomie und Enteroanastomose. Referent besprach im Anschluss an diesen Fall die verschiedenen Methoden der Gastroenterostomie (Wölfler, Hacker, Braun, Kappeler) und zeigte ferner ein Präparat von Witzel'scher Magelfistel, die wegen Oesophaguscarcinom angelegt worden war.

b) **3 Gallensteinoperationen.**

Im ersten Falle waren 4 haselnussgrosse Steine, je 2 aus Ductus choledochus und Ductus cysticus entfernt worden. Die Patientin, eine 48jährige Frau, hatte an sehr starken «Magenkrämpfen» sowie Schmerzen, welche nach dem Rücken hindurchgingen und nach der rechten Schulter ausstrahlten, gelitten. Ikterus bestand seit mehreren Monaten, seit derselben Zeit war der Stuhl thonfarben und der Urin enthielt reichlich Gallenfarbstoffe.

Die Operation wurde folgendermaassen ausgeführt: Längsschnitt an der äusseren Seite des rechten Rectus abdominis; die Leber wird durch den Assistenten hochgezogen, der Operateur geht in's Foramen Winslowii ein und palpirt den Ductus choledochus und cysticus ab. Da die in diesen Gängen fühlbaren grossen Steine so fest eingeklemmt waren, dass sie sich nicht in die Gallenblase zurückschieben liessen, so wurde der Ductus choledochus eröffnet und die 4 Steine immer noch sehr mühsam mit Hilfe eines stumpfen Raspatoriums herausgehoben. Der Ductus choledochus wurde in zweifacher Schicht genäht, die Gallenblase der Sicherheit wegen in die Bauchwunde eingenäht und drainirt. Glatter Wundverlauf. Die Gallenfistel schloss sich im Laufe von 6 Wochen spontan.

In einem zweiten ähnlichen Falle (50jährige Frau) fand sich ein einziger Stein im Ductus choledochus, welcher sich aber in die Gallenblase mit einiger Mühe zurückschieben liess und durch die Cholecystotomie entfernt wurde. Dieser Fall war dadurch complicirt, dass es sich um Wanderleber handelte, daher wurde der vordere Leberrand mit 3 tiefgreifenden Catgutnähten am Rippensaum fixirt. (Heilung.)

Bei dem dritten Fall war ein hühnereigrosser Gallenstein, der die Symptome der chronischen Pylorusverengerung hervorgerufen hatte, aus der Gallenblase entfernt worden. Es handelte sich um eine 63jährige, sehr fettleibige Frau, die seit Monaten an Uebelkeit, Erbrechen, Gasbildung im Magen, gelitten hatte, während Blut weder im Erbrochenen noch im Stuhlgang aufgetreten war. Der Magen war bis handbreit unter den Nabel erweitert. Die Palpation ergab rechts neben der Wirbelsäule in der Höhe des Pylorus einen kinderfaustgrossen Tumor, der von der Leber überdeckt war, glatte Oberfläche zeigte und auf Druck keine besondere Empfindlichkeit darbot. Dabei war der Tumor sehr beweglich.

Die Diagnose musste auf eine den Pylorus verengende, aber nicht vollkommen verschliessende Geschwulst gestellt werden. Die Laparotomie ergab die festgestellte Erweiterung des Magens, den Pylorus aber durchaus normal. Neben diesem zeigte sich die stark vergrösserte, von einem einzigen Stein ausgefüllte, bedeutend verlagerte Gallenblase. Die Leber war durch die Schwere des Steines heruntergezerrt und zum Umklappen gebracht worden, so dass ihr vorderer Rand nach unten und hinten umgeschlagen war. Sie wurde nach Durchtrennung vieler Adhaesionen aufgerichtet und möglichst weit hervorgezogen. Nach Abschluss des Peritoneums wurde der Ductus cysticus comprimirt, der Stein durch Schnitt in die Gallenblase herausbefördert, und diese durch genaue Naht in mehreren Schichten geschlossen. Versenkung der Leber, Schluss der Bauchwunde. Normaler Wundheilungsverlauf.

Der hühnereigrosse Stein wiegt 52,5 g, ist 60 mm hoch und 42 mm dick.

Ein Jahr nach der Operation stellt sich die Kranke vor, sie ist von allen Magenbeschwerden befreit geblieben und befindet sich in bestem Ernährungszustande.

Im Anschluss hieran bespricht Krause die Hilfsmittel, welche das Röntgenverfahren für die Diagnose der Concremente überhaupt bietet. Demnach geben Oxalatsteine deutliche Schatten, weniger bereits die Carbonatsteine, während die anderen Concremente (Cystin, Cholestearin) durch Röntgenstrahlen nicht zu ermitteln sind.

c) Demonstration eines Patienten, bei welchem nach anderwärts vorgenommener Eröffnung eines Lungenabscesses eine **Lungenfistel** zurückgeblieben war. Nach Resection von 4 Rippen zeigte sich, dass der Fistelgang sich im Innern der Lunge erweiterte und in einen nekrotischen Herd inmitten des Unterlappens auslief. Er war in schwieliges Gewebe eingebettet.

Zur Exstirpation der erkrankten Partie erwies sich die Resection eines männerfaustgrossen Stückes des unteren Lungenlappens nothwendig. Der Erfolg der Operation war der, dass die Menge des Sputums von 400—500 ccm auf 50—80 pro die gesunken ist und der Kranke innerhalb 5 Wochen 20 Pfund an Gewicht zugenommen hat. Die Wunde ist in Heilung begriffen, die Brustwand in weitem Umkreise eingezogen. Um die äussere Wunde zu schliessen, ist noch eine Nachoperation nothwendig.

d) Bei einem 30jährigen Patienten musste wegen postgonorrhoischer Harnröhrenstrictur die Boutonnière ausgeführt werden. Hierbei erwies sich, dass die Harnröhre hinter der Strictur in einer Länge von mehr als einem Centimeter mit harnsauren Salzen ausgestopft war. Dieser seltene Befund veranlasste von der Wunde aus die Blase abzupalpiren, wobei an ihrer linken Hinterwand ein etwa markstückgrosser, stark höckriger, ebenfalls incrustirter Tumor gefunden wurde. Die Diagnose musste auf incrustirtes Papillom der Blase gestellt werden. Bei der Vornahme der Sectio alta fand sich ausser diesem Tumor die Blase mit vielen erhabenen Wärzchen bis zur Grösse einer Erbse (etwa 20 an der Zahl) bedeckt, welche mit der Scheere abgetragen wurden. Wegen diffuser Blutung wurde die ganze Harnblase für 4 Tage mit Jodoformgaze tamponirt. Nach Entfernung derselben schloss sich die Blasenwunde rasch. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die entfernten Neubildungen nur aus Bindegewebe und Muskelfasern bestanden und an der völlig epithelfreien Oberfläche mit Kalksalzen incrustirt waren.

e) Vorstellung von 3 **Lupuskranken, welche mit Röntgenstrahlen behandelt** waren.

Der erste Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, welches an Lupus der Nase litt. Sie ist 7 Monate in Behandlung und vorläufig als geheilt zu betrachten. Der zweite Fall, ein 23jähriger Mann, leidet seit 4 Jahren an Lupus, der über das ganze Gesicht verbreitet war. Er ist seit dem 3. Januar 1898 in Behandlung und ebenfalls geheilt. Der dritte Fall, ein sehr weit vorgeschrittener Lupus bei einer 41jährigen Frau, welcher seit 12 Jahren besteht und über Gesicht und beide Oberarme verbreitet ist, befindet sich seit dem 12. October 1898 in Behandlung. Seit dieser Zeit ist eine deutliche Besserung zu constatiren.

Die Patienten wurden täglich 20 Minuten lang den Röntgenstrahlen bei einem Abstand der Röhre von ca. 20 cm ausgesetzt. Die Augen und lupusfreien Theile der Haut wurden mit einer einfachen Lage Staniolpapier bedeckt.

Medicinisch-naturwissenschaftl. Gesellschaft zu Jena.

Section für Heilkunde.

Sitzung vom 2. Februar 1899.

Vorsitzender: Herr Skutsch. Schriftführer: Herr Gumprecht.

1. Herr **Skutsch: Ueber Wehenanomalien.** Sk. erörtert Art, Ursachen und Bedeutung der verschiedenen Formen von Wehenanomalien und berichtet daran anschliessend über eine Beobachtung besonders heftiger Nachwehen.

Sk. wurde zu einer 25jährigen Zweitgebärenden zur Naht eines frischen Dammrisses gerufen. Auffallend waren die überaus heftigen Nachwehen, die etwa alle 10 Minuten einsetzten und äusserst schmerzhaft waren. Die Frau machte den Eindruck einer Gebärenden in der Austreibungsperiode. In gleicher Stärke hielten die Wehen in den folgenden Tagen an und verhinderten jeglichen Schlaf. Als am 3. Tage noch kein Nachlass der Erscheinungen eintrat, wurde die Möglichkeit erwogen, ob etwa ein Placentarrest oder grössere Blutcoagula im Uterus wären. Eine digitale Austastung des Uterusinneren ergab, dass die Höhle leer sei. Morphium war ohne Erfolg. Auch am 4. Tage dauerten die Wehen noch in gleicher Weise an. Erst in der Nacht vom 4. zum 5. Tage machten die Wehen längere Pausen, so dass etwas Schlaf möglich war. Vom Ende des 5. Tages bis zum 8. erfolgten nur noch beim Anlegen des Kindes schmerzhafte Nachwehen. Der weitere Verlauf war ungestört, die Temperatur war stets normal. Die Frau war früher immer gesund gewesen; bei der ersten Entbindung waren die Nachwehen in den ersten Tagen des Wochenbettes in gleicher Stärke erfolgt wie dieses Mal.

Von ganz besonderem Interesse ist es, dass derartig abnorm heftige Nachwehen in der Familie regelmässig aufgetreten sind. Nach den Mittheilungen der Mutter hatte diese nach ihren 9 Entbindungen stets die gleichen Erscheinungen. Die Nachwehen sollen schmerzhafter als die Geburtswehen gewesen sein. Auch bei ihrer Mutter (der Grossmutter der Wöchnerin), welche 11mal geboren hat, ferner bei der einzigen verheiratheten Schwester der Wöchnerin, die 2 Geburten durchgemacht hat, soll es ebenso gewesen sein.

2. Herr **Krause: Ueber einen Fall von multipler Neuritis.** (Mit Krankenvorstellung.)

Es handelt sich um einen 51jährigen Kupferschmied, welcher mit 24 Jahren Syphilis acquirirte mit secundären Rachengeschwüren. Heilung angeblich nach einem Jahr. Patient ist seit Jahren starker Trinker. Seit Juni 1898 Magenbeschwerden (wohl chronische Gastritis). September 1898 heftiger acuter Magendarmkatarrh, nach einer sehr zweifelhaften Aussage der Frau nach Einnahme eines Arsenikpulvers. Am Ende der 3. Krankheitswoche trat ein mit schmerzhaftem Brennen verbundenes Taubheitsgefühl in den Zehen auf, im Anschluss daran allmählich zunehmende Lähmung der Beine. Etwas später traten die gleichen Erscheinungen in den Fingern bezw. Armen auf, nur in weniger hohem Grade. Beine und Arme magerten ab.

Aufnahme in die psychiatrische Klinik 29. December 1898. Der Patient war schlecht genährt und anaemisch. In der Ruhelage bemerkte man fibrilläre Zuckungen, Muskelwogen in den Extremitäten und einzelne ruckartige Stösse in den kleinen Gelenken. Nystagmus horizontalis bei excessiven Augenbewegungen. Zittern der Zunge. Schlaffe, unvollständige Lähmung der oberen Extremitäten. Die Beschränkung der Bewegungsfähigkeit betraf am meisten die Finger und nahm proximalwärts ab. Atrophie der Hand- und Unterarmmuskeln. Ataxie bei Bewegungen in den kleinen Gelenken mit Tremor. Dieselben Motilitätsstörungen mit Atrophie, nur in erheblicherem Grade, bestanden an den unteren Extremitäten, ebenfalls proximalwärts abnehmend. In den Zehen- und Fussgelenken war die Lähmung eine vollständige. Die Atrophie betraf bei allen Extremitäten die gesammte Musculatur ein und desselben Segmentes in gleicher Weise, war also keine elective.

Die elektrische Prüfung ergab partielle Entartungsreaction. Anconaeussehnen-, Patellarsehnen-, Achillessehnenreflexe sehr schwach. Plantarreflexe erloschen.

Die Berührungsempfindlichkeit, Lage- und Bewegungsempfindung, der Druck- und Kraftsinn, die Temperaturempfindlichkeit waren an den Extremitäten herabgesetzt. Der Grad der Herabsetzung nahm ebenfalls von den distalen Enden der Extremitäten proximalwärts allmählig ab. Das Verhältniss der Herabsetzung der einzelnen Qualitäten der Sensibilität zu einander war ungefähr ein gleichmässiges, nur traten die Störungen des Muskel- und Gelenksinns besonders hervor. Die Sensibilitätsstörungen waren ebenfalls an den unteren Extremitäten stärker als an den oberen ausgebildet, sie waren ebenso wie die Motilitätsstörungen und die Atrophie je an den oberen und unteren Gliederpaaren symmetrisch. Druckschmerz der Nervenstämme und der Musculatur war wenig ausgeprägt.

Vortragender erörtert zunächst die Differentialdiagnose, Rückenmarkssyphilis, Myelitis, Syringomyelie, progressive neurotische Muskelatrophie und Polyneuritis in Betracht ziehend. Er verweilt einige Zeit bei der Besprechung der neurotischen progressiven Muskelatrophie, um sich schliesslich dahin auszusprechen, dass dieselbe weder in klinischer, noch in pathologisch-anatomischer Beziehung als abgeschlossenes Krankheitsbild gelten darf. Den vorliegenden Fall fasst er als Polyneuritis auf und findet das Interessante desselben neben einer Anzahl symptomatologischer Eigenthümlichkeiten darin, dass das aetiologische Moment unaufgeklärt blieb, da dasselbe complicirt war durch das Bestehen einer Anzahl sicherer und möglicher aetiologischer Factoren (Syphilis, Alkohol, Arsenik und andere Metalle [Kupfer, Blei, Zink]). Bei dem möglichen Zusammenhange mit der Syphilis erschien jedenfalls eine antiluetische Behandlung indicirt, die in Gestalt einer Schmiercur neben anderen zweckentsprechenden therapeutischen Maassnahmen ausgeführt wurde. Die Besserung war eine schnelle, und nach 6 Wochen konnte der Patient als fast völlig geheilt gelten.

Herr **Strubell: Ueber Pemphigus.**

St. demonstrirt einen in der medicinischen Klinik zu Jena befindlichen Fall von Blasenbildung auf der Haut und den Schleimhäuten, welche unter dem Zeichen einer acuten Infectionskrankheit angefangen hat.

Die Erkrankung begann vor 8 Tagen mit kleinen Bläschen an den Oberschenkeln, später traten auch grössere Bläschen, 4 Tage später auch solche am Arm auf. Bereits 4 Tage vor Beginn der Hauteruption hatte Patient Fieber bis 38° und schlief unruhig. Augenblicklich sieht man an der Haut der Extremitäten und des Gesichtes, weniger an der des Rumpfes, besonders aber an der der Nates, sowie auch am Penis, Bläschen und Blasen von Linsen- bis 1 Markstückgrösse von intensiv rothem, breitem Hofe umgeben in grosser Anzahl. Dieselben sind mässig schmerzhaft und jucken nicht. Besonders am Arm sind die Blasen prall mit seröser, bernsteingelber Flüssigkeit erfüllt. Dieselben treten auch an Flachhand und Fusssohlen, sowie an den Lippen und der Schleimhaut des harten und weichen Gaumens auf. Temp. 38°. Ausser ziemlicher Mattigkeit und Empfindlichkeit der afficirten Haut- und Schleimhautpartien lässt sich an den Organen nichts Abnormes constatiren. Die bacteriologische Untersuchung und Verimpfung des Blaseninhaltes ergab bisher noch keinen positiven Befund noch Anhaltspunkte für die Infectiosität dieses Falles. Str. glaubt den Fall mit Sicherheit als Pemphigus ansprechen zu dürfen, glaubt aber in der Entscheidung der Frage, ob ein acuter oder chronischer Pemphigus vorliege, sich sehr reservirt aussprechen zu müssen.

Für einen acuten Pemphigus spricht das Auftreten unter dem Bilde einer acuten Infectionskrankheit und vorausgehendem Fieber, nachfolgender Hauteruption, gegen denselben die relative anscheinende Leichtigkeit des Falles, die relativ niedrige Temperatur, das Fehlen von Erbrechen und Durchfällen. Für Pemphigus acutus spricht das Auftreten von Schleimhauteruptionen, doch

tritt leichtes Fieber auch bei chronischem Pemphigus auf. Eine Unterscheidung zwischen beiden Formen ist bei der Kürze der Beobachtungszeit nicht sicher zu treffen. Auch Kaposi ist der Meinung, dass die Differentialdiagnose in vielen Fällen nur aus dem Verlauf zu stellen ist.

Die Prognose ist in Bezug auf die vorhandene Eruption relativ gut, doch können Recidive jeder Zeit auftreten.

St. erörtert die Infectiosität des Pemphigus, die in einer in der Klinik im vorigen Jahre beobachteten Endemie einen unzweideutigen Ausdruck fand (Vortrag von Köhler in dieser Gesellschaft).

Die Aetiologie des Pemphigus ist noch unaufgeklärt, auch in diesem Falle hat die bacteriologische Untersuchung bisher keinen Aufschluss über dieselbe gegeben.

St. erwähnt die relative Seltenheit der Erkrankung. Kaposi hat 1866 bis 1887 etwa 300 Fälle beobachtet.

Medicinische Gesellschaft zu Leipzig.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 24. Januar 1899.

Vorsitzender: Herr Curschmann. Schriftführer: Herr Braun.

Der «Agitationsbund für Thierrecht und Thierschutz» (Vorsteherin Frau Lilli Lehmann) hat der Gesellschaft eine Reihe die Vivisection betreffender Pamphlete zugeschickt: Die Gesellschaft nimmt mit Protest von dieser Zusendung Kenntniss.

Herr Curschmann erinnert an die im Januar 1829, also vor 70 Jahren erfolgte Gründung der Medicinischen Gesellschaft zu Leipzig, worauf Herr Winter einen kurzen Abriss der Geschichte der Gesellschaft gibt.

Herr **P. L. Friedrich** macht **Mittheilungen zur Hirnchirurgie**, welche in der Münch. med. Wochenschr. publicirt werden sollen.

Discussion: Herr Flechsig bemerkt, dass die Schwierigkeit der Diagnose der Hirntumoren nicht zum wenigsten dadurch bedingt werde, dass die Symptome individuell verschieden seien. Die Symptome einer Hirnverletzung, eines Tumors, hängen nicht bloss von der Oertlichkeit, sondern auch von den betroffenen Individuen ab. Ein Tumor, der auf die Centralwindungen drückt, macht das eine Mal Krämpfe, das andere Mal nicht. In gleicher Weise wirken auch chemische Reize, die das Hirn treffen, individuell verschieden, ein Theil der Potatoren wird epileptisch, wenn eine individuelle Anlage hierzu vorhanden war, ein anderer nicht, wenn die Prädisposition fehlte.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 15. September 1898.

Vorsitzender: Herr Goldschmidt.

1. Herr **Schilling: Primäres Pankreascarcinom.** (Erschien in No. 5 dieser Wochenschrift.)

2. Herr **Schilling: Ueber methodische unblutige Erweiterung der Phimosis kleiner Knaben.** (Erscheint in dieser Wochenschrift.)

3. Herr **Wertheimber** macht epidemiologische Mittheilungen zu den z. Z. gehäuft auftretenden **Typhuserkrankungen.**

4. Herr **S. Merkel** macht Mittheilung über **«Erfahrungen bei der Chloroformnarkose».**

5. Herr **Neuberger** stellt vor a) einen Fall von Aktinomykose, b) einen Fall von Mykosis fungoides, c) zwei Fälle (Mutter und Sohn) von Herpes tonsur.

Sitzung vom 6. October 1898.

Vorsitzender: Herr Goldschmidt.

1. Herr **Ziege** demonstrirt einen Fall ungewöhnlich vorgeschrittenen **Sarkoms des Oberkiefers.**

2. Herr **Thorel** demonstrirt aus dem Sectionsmaterial des Krankenhauses:

1. **Ein Medullarcarcinom des Magens,** welches in Form eines grossen, stark wallartig umrandeten Geschwürs fast den ganzen Magen eingenommen und als derber Scirrhus 4 cm weit auf den unteren Abschnitt des Oesophagus übergegriffen hatte. Das Lumen des letzteren war im Bereiche dieser Stelle stenosirt, oberhalb der Stenose nicht besonders erweitert und die Wandung nirgends hypertrophisch. Daneben fand sich eine carcinomatöse Schrumpfung des Netzes sowie eine ausgedehnte metastatische Carcinose der Leber und des gesammten Peritoneum.

2. **Zwei Magen mit perforirten Geschwüren.** Der erste Magen stammte von einem 20jährigen Mädchen, welches unter den Erscheinungen der acuten Perforationsperitonitis verstorben war. Als Ursache derselben fand sich an der vorderen Wand des Pylorus ein in Zehnpfennigstückgrösse perforirtes Geschwür, welches an der Innenfläche eine Länge von 3,5 cm besass. Ein zweites, etwas kleineres Ulcus mit narbig geglättetem Grunde sass an der hinteren Wand des Magens in der Nähe der kleinen Curvatur und dicht neben demselben verlief eine grosse sternförmige Narbe.

In dem zweiten Falle handelte es sich um einen 47jährigen Mann, welcher gleichfalls nach kurzem Aufenthalt im Krankenhause an Peritonitis verstarb. Bei der Section fand sich eine diffuse, eiterige Peritonitis und, wie in dem vorigen Fall, ein Austritt von ziemlich reichlichem Speisebrei in die freie Bauchhöhle. Der Magen war stark vergrössert, völlig collabirt und an seiner Vorderfläche mit dicken fibrinös-eiterigen Massen belegt.

An der vorderen Fläche des Pylorus zeigte sich inmitten einer etwas schwielig verdickten Serosastelle eine erbsengrosse, glattrandige Perforationsöffnung; derselben entsprach an der Innenfläche des Magens ein 2 cm langes und 1 cm breites Geschwür von terrassenförmigem Bau; dicht daneben lag ein etwas kleineres, $1^1/_2$ cm langes und 0,8 cm breites Ulcus mit narbig gestreiftem Grunde. Etwa 3 cm von dem Pylorus entfernt an der kleinen Curvatur fand sich ein drittes, ziemlich tief ausgebuchtetes Geschwür von annähernd dreieckiger Gestalt; der Grund dieser Ulceration war etwas narbig sklerosirt und liess einige abgeschnürte, knopfartig prominirende Pankreasläppchen erkennen. Von dem nach hinten zu gelegenen Winkel dieses Geschwürs zog eine 6 cm lange, rinnenförmig vertiefte Narbe auf die hintere Wand des Magens und mündete in einen markstückgrossen, grösstentheils narbig ausgeheilten Substanzverlust ein.

Als Ursache für die Dilatation des Magens fand sich unmittelbar vor dem Pylorusringe ein 5., den Pylorus fast circulär umgebendes Geschwür mit stark vertieftem und wenig schiefrig pigmentirten Grunde. Die Magenschleimhaut befand sich in toto im Zustand des ausgeprägten État mamelonnée.

3. **Die Aorta** eines 47jähriges Mannes, welche unter Erweiterung ihres Lumens und Verdickung ihrer Wandung bis zur Mitte des absteigenden Astes jene eigenthümliche, pergamentartige Runzelung der Oberfläche erkennen liess, wie sie von Manchen als specifisch für Syphilis angesprochen worden ist. Vortragender bespricht die mikroskopischen Verhältnisse solcher Aorten, weist auf die völlig gleichartigen und oftmals noch weit hochgradigeren Veränderungen bei anderen Atheromatosen hin und sieht den Beweis für die luetische Natur der Erkrankung pathologisch-anatomisch nicht erbracht.

4. **Eine unter Aneurysmabildung ausgeheilte ulceröse Endocarditis am Septum ventriculorum.** Das Präparat stammte von einem 49jährigen, vielfach an Rheumatismus erkrankten Manne, welcher unter schweren Circulationsstörungen und allgemeiner Cyanose zu Grunde gegangen war. Bei der Section des Herzens fand sich an der linken Seite des Septum ventriculorum etwas unterhalb der Vereinigungsstelle der rechten und hinteren Aortenklappe ein fast erbsengrosses Loch, welches von einer nach aussen zu etwas zackig begrenzten Endocardschwiele umgeben war. Beim Eingehen mit der Sonde gelangte man gegen das Lumen des rechten Ventrikels zu in eine länglich ovale, gut centimeterlange und von dem Endocard des rechten Ventrikels gebildete sackartige Höhle, deren Spitze durch straffe Bindegewebszüge an der Vereinigungsstelle des inneren und hinteren Segels der Tricuspidalis fixirt war.

Als Entstehungsursache dieser Anomalie nimmt Vortragender eine im Anschluss an einen Rheumatismus entstandene ulceröse Endocarditis an, in deren Gefolge die Wandung des Septums ventriculorum an der besagten Stelle zerfiel und das bedeckende Endocard des rechten Ventrikels durch den Druck des Blutstroms in Form eines Pulsionsdivertikels ausgebuchtet wurde.

Bezüglich der Unterscheidung solcher intravital acquirirter Septumperforationen von den congenitalen Defectbildungen der Herzscheidewand vergl. die neuere Arbeit von Bayer (Dissert. Giessen 1895.)

3. Herr **Göschel: Ueber zwei Fälle von Darmresection.** (Der Vortrag erscheint in dieser Wochenschrift.)

4. Herr **Gottl. Merkel** bespricht die Aetiologie der gegenwärtig in Nürnberg häufiger vorkommenden Typhusfälle.

5. Herr **Simon** demonstrirt a) zwei Tuben, die bei einer Laparotomie wegen Bauchfelltuberculose entfernt wurden, welche das Bild der primären Tubentuberculose darboten, b) ein submucöses Myom des Uterus, c) ein kindskopfgrosses, intraligamentäres Myom.

Wiener Briefe.

(Eigener Bericht.)

Wien, 4. März 1899.

Der Jahresbericht des Polizei-Chefarztes in Wien. — Zur Regelung der Prostitution. — Ueber den Kopfschmerz bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen.

Der Jahresbericht des Chefarztes der k. k. Polizeidirection in Wien für das Jahr 1897 liegt uns im Auszuge vor. Seit 5 Jahren steht Dr. Andreas Witlacil, derzeit schon 82 Jahre alt, dem polizeiärztlichen Dienste vor, den er selbst neu organisirt hat. Der diesmalige Bericht ist also gewissermaassen eine Rück-

schau auf die Resultate dieser Organisation während des ersten Quinquenniums.

Der Personalstand dieses ärztlichen Corps umfasste 1 Chefarzt, 9 Polizei-Bezirksärzte I. Classe und 14 II. Classe, 6 mit 600 fl. und 6 mit 500 fl. adjutirte, dann 15 nicht adjutirte Assistenzärzte. Es besteht ein eigenes Sanitätsdepartement der Polizeidirection, welchem eben der Chefarzt vorsteht. Um sich eine Idee zu machen, wie viel Arbeit diese Polizeiärzte während eines Jahres leisteten, genüge die Anführung einer einzigen Ziffer: 94,879 Amtshandlungen ohne Einbeziehung der regelmässigen Prostituirtenuntersuchungen.

Die Prostituirten stehen nämlich in polizeilicher Evidenz und werden von den Polizeiärzten 2mal wöchentlich gegen Honorirung untersucht. Ende 1897 gab es 1698 eingeschriebene Prostituirte — die Zahl der freien (geheimen) Prostituirten ist wohl eine viel grössere. Die jüngste Prostituirte war 15, die älteste 60 Jahre alt, die meisten standen zwischen 19 und 27 Jahren. Mehr als die Hälfte der neu in die Evidenz getretenen Prostituirten (fast 60 Proc.) waren Dienstmädchen, aus denen sich überhaupt die Prostitution vorzugsweise recrutirt; es kommt auch vor, dass solche Personen sich abmelden und wieder in den Dienst treten.

Fast die Hälfte aller eingeschriebenen Prostituirten (713) ist im Laufe des Jahres wegen venerischer Erkrankung in's Spital abgegeben worden. Die Gesammtzahl der Erkrankungen belief sich auf 1317. An eigentlicher Syphilis litten 327 Personen = 46 Proc. aller venerisch Erkrankten, somit nicht viel unter der Hälfte.

Der Polizei-Chefarzt steht heute auf dem Standpunkte, dass man die Prostitution nicht einfach unterdrücken könne, dass man sie vielmehr behördlich überwachen solle. «Erfahrungsgemäss wird die Prostitution durch Prostitutionshäuser am besten sittlich und sanitär unschädlich gemacht, weil sie dadurch aus dem Verkehr entfernt und ihre Ueberwachung erleichtert wird. . . . Es wäre dahin zu streben, die möglichst grösste Anzahl der Prostituirten in solchen Prostitutionshäusern zu vereinigen. Prostituirte ausserhalb derselben sollten nicht geduldet werden und falls dies nicht möglich wäre, ganz ausnahmsweise.» Also Bordellzwang der notorisch der Prostitution ergebenen Mädchen, Ueberwachung der Bordelle, um den Handel mit Mädchen, deren financielle Ausbeutung etc. hintanzuhalten. Hiebei erscheint dem Chefarzte das in Wien gehandhabte System als das geeignetste. Es besteht in Kürze darin, dass der Polizeiarzt in maximo 40 zugewiesen erhält, die er alle 2—3 Tage unter Anwendung des Mutterspiegels und am ganzen Körper untersuchen muss; sofortige zwangsweise Abgabe der Erkrankten in ein öffentliches Spital.

Kein Zweifel, dass die Vorschläge des Chefarztes hinsichtlich der Regelung der Prostitution in Wien (Bordellzwang etc.) nicht neu, gleichwohl aber sehr zu billigen sind. Unfassbar ist uns — vom Laienstandpunkte — bloss, dass der Chefarzt es ruhig geschehen lässt, dass von seinen Aerzten 23 standesgemäss entlohnt werden, dagegen 27 Polizeiärzte mit 500—600 fl. jährlich Adjutum oder ganz umsonst (15 Assistenzärzte!) den so schweren und verantwortungsvollen Dienst verrichten müssen. Dass er diesen Assistenzärzten und adjutirten Polizeiärzten ein Dutzend oder mehr Prostituirte (nicht alle haben 40!) zur Untersuchung überweist und dass diese Prostituirte die Aerzte existenzfähig machen müssen, damit sie (die Aerzte) die sonstigen polizeiärztlichen Agenden, also ihre eigentlichen Pflichten erfüllen können, das ist so ein so sonderbares Vorgehen, dass es wohl von Niemanden gebilligt werden kann. Wir wissen wohl, dass wir diesen Punkt schon einmal an dieser Stelle berührt haben, es dürfte aber nicht schaden, ein solches Vorgehen zweimal zu rügen.

Im Wiener medicinischen Club sprach jüngst Docent Dr. M. Hajek «über den Kopfschmerz bei Erkrankungen der Nase und deren Nebenhöhlen». Der Vortragende führt aus, dass der Kopfschmerz im Verlaufe dieser Erkrankungen recht häufig vorkomme, dass er entweder direct von der Nasenaffection abhänge und mit deren Beseitigung schwinde, oder dass das Nasenübel nur eine besondere Disposition zur Entstehung des Kopfschmerzes schaffe; es können aber für den Kopfschmerz auch mehrere andere ausreichende Gründe gefunden werden.

Sieht man von den ulcerativen Processen ab, so kommen hier vornehmlich 2 Erkrankungen der Nase in Betracht: Die Affectionen der Nebenhöhlen und einzelne hypertrophische Veränderungen der Nasenschleimhaut. Die ersteren Affectionen — acute wie chronische — kommen häufiger vor und haben daher eine grössere Bedeutung. Der bei Erkrankungen der Nebenhöhlen vorkommende Kopfschmerz kann neuralgischer Natur (im Zweiggebiete bestimmter Nerven) oder von unbestimmtem Charakter (Stirn-, Scheitelkopfschmerz, Kopfdruck, Benommenheit) sein, oder nach einigen Autoren in Form einer Hemicranie auftreten. Die erstere Art kommt meist bei den acuten, die zweite bei den chronischen Formen der Nebenhöhlenerkrankung vor, doch gibt es zahlreiche Ausnahmen. Die neuralgischen Schmerzen bei acuten Empyemen, z. B. bei Influenza, welche in der Oberkiefer- und in der Stirnhöhle sitzen, können im N. infraorbitalis, in den N. supradentales oder im N. supraorbitalis sitzen. Sie dauern manchmal den ganzen Tag, ein anderesmal treten sie zu gewissen Tageszeiten intensiver auf. Bei Erkrankungen der Kieferhöhle kommen die neuralgischen Schmerzen nicht so typisch wie bei Erkrankungen der Stirnhöhle vor, bei letzteren treten regelmässig im acuten Stadium intensive Schmerzen auf.

Dass bei alleiniger Entzündung in der Kieferhöhle nur Supraorbitalneuralgie beobachtet wird, ist vielleicht damit zu erklären, dass neben der Kiefer- auch die Stirnhöhle afficirt ist und dass diese Affection übersehen wurde. Dagegen spricht aber die Erfahrung, dass nach Entfernung des Eiters aus der Kieferhöhle und nach Ausspülung derselben der Stirnkopfschmerz oft augenblicklich verschwindet. Es ist auch möglich, dass es Variationen in der Verzweigung des N. trigeminus in der Nasenschleimhaut gibt. In seltenen Fällen von acutem Empyem der Nebenhöhlen werden überhaupt keine Kopfschmerzen beobachtet. Vortragender hat bisher noch bei allen nach Influenza auftretenden Trigeminusneuralgien ein Empyem irgend einer der Nebenhöhlen gefunden, womit jedoch das Vorkommen echter Influenzaneuralgien nicht geläugnet werden soll.

Ist ein chronisches Empyem der Nebenhöhlen vorhanden, so fehlt der Kopfschmerz zuweilen völlig, trotz der hochgradigsten Affection der Schleimhaut der Kieferhöhle, seltener bei der Stirnhöhle; oder der Kopfschmerz bildet ein dominirendes Symptom im Krankheitsbilde. In den Fällen, wo er fehlt, tritt er aber häufig sogleich auf, wenn das chronische Empyem durch eine neue Infection, z. B. durch Schnupfen, exacerbirt, ferner bei psychischen und physischen Emotionen und nach Alkoholgenuss. Sonst hat der Kopfschmerz gewöhnlich einen unbestimmten Charakter. Der Kopfschmerz bei Aufregung und nach Alkoholgenuss tritt gewöhnlich mit congestiven Zuständen vergesellschaftet auf.

Wenn man auch ein Empyem als vermuthliche Ursache des Kopfschmerzes findet, kann letzterer selbst nach Beseitigung der Nebenhöhlenaffection fortdauern. Die eingehende Untersuchung der anderen Organe ergibt dann oft: Herzfehler, Nephritis, Obstipation u. s. w. als die wahre Ursache des Kopfschmerzes; es ist also beim Kopfschmerz die Untersuchung des ganzen Körpers niemals ausser Acht zu lassen. Ein aetiologischer Connex der hemicranischen Kopfschmerzen mit einer Affection der Nebenhöhlen besteht nach Hajek's Erfahrungen nicht.

Zum Schlusse berührte der Vortragende noch die hypertrophischen Processe in der Nasenhöhle, auf welche manche Formen von Kopfschmerz (Eingenommenheit des Kopfes, Unfähigkeit zu geistiger Arbeit etc.) zurückgeführt werden. Einfache gewöhnliche Hypertrophien sind wohl selten als ausreichende Ursache des vorhandenen Kopfschmerzes zu betrachten. Eine Ausnahme hievon macht eine Form der Hypertrophie, bei welcher das Tuberculum septi sich vergrössert und eine derbe Beschaffenheit annimmt; wenn nun noch ausserdem die mittlere Nasenmuschel hypertrophirt, so dass sich die gegenüberliegenden Wände der Fissura olfactoria drücken, so klagen die Patienten über Eingenommenheit des Kopfes und über Druck an der Nasenwurzel. Nach Beseitigung der Hypertrophie hören diese lästigen Beschwerden auf.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Société de Biologie.

Sitzung vom 21. Januar 1899.

Die chirurgische Behandlung der Epilepsie.

Chipault bekennt sich als Anhänger der Sympathectomie und zwar betrachtet er diese Operation als Ultimum refugium für die schwersten Fälle, wenn die Bromtherapie ihre Wirkung versagt hat Von 18 operirten Epileptikern wurden nur 5 gebessert. Auch gelang es Ch. nur in 6 Fällen, die beiden oberen Halsganglien vollständig zu entfernen, welche Operation er für sehr schwierig und grosse Uebung erfordernd hält.

Déjerine erklärt hingegen die Operation für physiologisch unberechtigt und für sehr gefährlich, 6 Operationen von Jonnescu sind z. B. tötlich verlaufen. D. stellt sodann eine von Chipault operirte kleine Patientin vor, bei welcher unbedingt Verschlechterung eingetreten sei. Bei dem nun folgenden lebhaften Meinungsaustausch zwischen ihm und Chipault kann letzterer eine Verschlechterung nicht zugeben, sondern die von D. dafür gehaltenen Zustände hätten in erhöhtem Grade schon vor der Operation bestanden

In der folgenden Discussion erklärten sich die meisten Redner für Gegner der Operation, Gley und Laborde heben hervor, dass sie vollkommen den physiologischen Thatsachen widerspreche, und letzterer glaubt, dass in den Fällen, wo die Operation den Thierversuchen beinahe entgegengesetzte Resultate gegeben habe, das obere Halsganglion eben nicht vollständig entfernt worden sei. Féré ist überzeugter Anhänger der Brombehandlung, dieselbe müsse bis zur äussersten Toleranz fortgesetzt, meist könne damit die Epilepsie zum Stillstand gebracht werden. Bei einem operirten Falle hatte der Kranke nach dem Eingriff ebenso viele Anfälle wie zuvor.

Société de médecine publique et d'hygiène professionelle.

Sitzung vom 25. Januar 1899.

Die Prophylaxe der Diphtherie in der Praxis.

Martin hatte als staatlicher Commissär die Aufgabe, eine in einigen Orten Südfrankreichs (Depart. Ardèches) ausgebrochene Diphtherie zu bekämpfen und dabei Gelegenheit, werthvolle Beobachtungen über die Prophylaxe zu machen. Unter dreierlei Umständen kann diese stattfinden: 1. Wenn man ständige oder häufige Ueberwachung halten kann, so genügt einfache Untersuchung des Rachens bei allen Kindern. 2. Ist dies nicht möglich, d. h. kann der Arzt an den betreffenden Ort nur ein paar Mal in der Woche kommen, so muss der Okularinspection des Rachens die bacteriologische Untersuchung angeschlossen werden. 3. Ist an einem Orte die Diphtherie ausgebrochen, wo die übrigen Kinder wegen Wohnungsverhältnisse u. s. w. leicht inficirt werden können, so muss die Präventivimpfung gemacht werden, ebenso bei armen Familien, oder wenn die Kinder nicht isolirt werden können. In Flaviac, einem entfernt gelegenen Orte, fand M. unter 140 Kindern 37 diphtheriekrank, er impfte, allerdings unter anfänglichem Widerstand der Bevölkerung, den grössten Theil der nicht Inficirten (56); nach einem Monat war noch keines, und nach 2 Monaten nur ein geimpftes Kind diphtheriekrank geworden, während von den 47 nicht Geimpften 8 die Krankheit acquirirten. Das Schliessen der Schulen hält M. für eine Maassregel von recht zweifelhafter Bedeutung, bei seiner Ankunft in Privas, einem der obigen Orte, fand er die Schulen geschlossen, aber die Kinder kamen doch auf der Strasse zusammen zum Spielen und die Ansteckungsgefahren blieben die gleichen, ausserdem blieben die Infectionsfälle meist unbekannt, da die Eltern entweder keinen Arzt rufen, oder die vorgeschriebene Anzeige unterlassen. M. ordnete die Wiedereröffnung der Schule nach gehöriger Desinfection an, das mache die Ueberwachung leichter und die Erkennung der Fälle schneller und sicherer.

Richard berichtet über 2 Fälle plötzlichen Todes nach Seruminjection; er führt das auf Veränderungen des Serums zurück und verlangt, dass alle Aerzte einheitliches Serum (vom Institut Pasteur) beziehen könnten. Martin hält entgegen, dass nie mit dem Serum so schwere und so plötzliche Zufälle eintreten, aber bei der Diphtherie auch früher ganz plötzliche Todesfälle vorgekommen seien. St.

Académie de Médecine.

Sitzung vom 24. Januar 1899.

Die Appendicitis in der Armee.

Chauvel theilt 171 Beobachtungen mit, 83 Fälle wurden mit den (gewöhnlichen) inneren Mitteln, 88 auf dem chirurgischen Wege behandelt. Bei genauer Musterung dieser Fälle — die Mortalitätsziffer an und für sich zeigt, dass in der Armee die Sterblichkeit bei Operationen grösser ist als bei innerer Behandlung — kommt Ch. zu dem Schlusse, dass die leichte Form der Appendicitis durch rationelle innere Behandlung heilbar ist. Ist Eiterung sicher oder auch nur mit grosser Wahrscheinlichkeit vorhanden, so ist die Operation (Incision) vorzuziehen und die Abtragung des Wurmfortsatzes sehr geboten, aber unter der Bedingung, dass die Aufsuchung eine sachte sei und nicht zu lange Nachforschung erheische. Im Falle allgemeiner Peritonitis sollte der chirurgische Eingriff bis zu den äussersten Grenzen getrieben werden, während die Operation in anfallsfreien Zeiten nur bei Andauer zweifelloser Erkrankung und auf inständige Bitten der Patienten gemacht werden sollte.

Die künstliche Luft und deren Anwendung in der Medicin.

Jaubert und Laborde berichten in einer sehr interessanten Mittheilung über die Entdeckung einer chemischen Substanz, welche unter einem relativ leichten Gewicht und durch einen einzigen Angriffsweg 1) die schlechte Luft vollständig von ihrer Kohlensäure, ihrem Wasserdampf und anderen nicht einzuathmenden Substanzen befreit und 2) ihr im Austausch die mathematisch exacte Menge Sauerstoff, welche ihr fehlt, automatisch zuführt. Kurz, diese Substanz regenerirt durch die einfache Berührung mit der schädlichen Respirationsluft dieselbe vollständig und gibt ihr ihre früheren Eigenschaften wieder. Ohne näher auf die Art dieser Substanz in dieser vorläufigen Mittheilung eingehen zu wollen, versichern die beiden Untersucher, dass mit 3—4 kg derselben ein gesunder, erwachsener Mensch in einem hermetisch verschlossenen Raum, z. B. in einem Taucherapparat, 24 Stunden lang leben kann; die Reinheit der auf diesem Wege erhaltenen Luft, welcher nur der auf elektrischem Wege erzeugte Sauerstoff gleich komme, mache deren Anwendung in der Therapie und Hygiene zu einer ausserordentlich wichtigen.

Die Folgen des Alkoholismus in der Normandie.

Brunon-Rouen hatte eine Enquête über den Genuss von Alkohol durch die Arbeiter der verschiedenen Industriezweige veranstaltet und kam zu dem Resultate, dass Industrie, Handel und Schifffahrt des Landes schwer geschädigt würden, wenn die gegenwärtig herrschende Unmässigkeit der Arbeiter nicht aufhöre; die Tage der Arbeit würden weniger, deren Qualität geringer, der Preis der Gehälter nehme immer zu und die Concurrenz des Auslandes wachse mit jedem Tage.

Ferrand empfiehlt gleichzeitige Injectionen von Morphium und Aether, um die Gefahren, welche mit ersterem zuweilen in Gestalt von Syncope oder Asphyxie drohen, zu paralysiren; die sedative Wirkung des Morphiums bleibe bei dieser Mischung unverändert bestehen, während man es allein bei Leuten in Todesgefahr aus obigen Gründen nicht anwenden sollte.

In Folge eines Berichtes von François Franck: **Ueber die Gefährlichkeit der Schilddrüsenpräparate**, worüber dieser, sowie eine Reihe anderer Redner schon in der vorigen Sitzung evidente Beispiele gebracht hatten, nahm die Akademie bezüglich des Verkaufs dieser Präparate eine Resolution an, wonach derselbe ebenso geregelt werden sollte, wie jener der gefährlichen Medicamente; es sollten also die Schilddrüsenpräparate nur auf jedesmal zu erneuernde Receptur des Arztes abgegeben werden.

Sitzung vom 31. Januar 1899.

Behandlung und Heilung der Hernien durch das Radfahren.

Championnière zeigt, dass das Radfahren ein vorzügliches Heilmittel für die Bruchkranken ist, unter der Bedingung dass sie jedenfalls noch eine Bandage tragen. Diese Muskelübung ermöglicht dem Kranken eine gefahrlose Arbeit, die alle Vortheile der Bewegung in freier Luft hat, ohne die Nachtheile der complicirten Muskelanstrengung, welche der verticale Gang mit sich bringt. Das Radfahren wirkt günstig auf den allgemeinen Gesundheitszustand und auf die Abmagerung, welche für den Bruchkranken so vortheilhaft ist, ein. Natürlich muss daneben noch die entsprechende Diät eingehalten, zu rasches und Bergaufwärtsfahren vermieden und der Sattel nieder und besonders hinter die Achse der Pedale gestellt werden. Ch. empfiehlt das Radfahren seinen Patienten auch schon ganz kurze Zeit nach der Radicaloperation.

Die Rolle der Moskitos bei der Malaria.

Laveran bestätigt eine Arbeit von Ross, welcher den Moskitostichen bei der Malariainfection eine Hauptrolle zuschreibt und zuerst die Veränderungen constatirt hat, die im Körper gewisser Moskitos die Plasmodien erfahren. Als eminent wichtige Folgerung für die Praxis ergibt sich die Nothwendigkeit, alle stagnirenden Gewässer oder Sümpfe, in welchen sich die Larven der Moskitos entwickeln, zu unterdrücken. Wo dies nicht möglich, muss man sich eben mit Schutzgittern gegen die Stiche vorsehen.

Behandlung des acuten Gelenkrheumatismus mit Methylenblau.

Lémoine-Lille hat das Methylenblau bei obiger Krankheit angewandt, nicht um den Schmerz, sondern das Fieber und das Grundleiden selbst zu bekämpfen, in Anbetracht seiner electiven Wirkung auf die Mikroorganismen. Unter 8 Fällen, worunter einer blennorrhagischen Ursprungs, war nur ein Misserfolg. Das Methylenblau zeigte sich mindestens gleichwerthig dem salicylsauren Natron, ohne Nebenerscheinungen zu bieten. Bedingung ist ein chemisch reines, von Zinksalzen freies Product, da das unreine oft Cystitis erzeugt.

Ueber die **Appendicitis**, über welche auch die Pariser Gesellschaft für Chirurgie in den letzten Sitzungen eingehend verhandelt hat, wobei eine Reihe von bedeutenden Operateuren sich merkwürdigerweise mehr der internen Therapie als dem chirur-

gischen Eingriffe zuneigten, sprach sich Dieulafoy wiederum energisch im letzteren Sinne aus. Die medicamentöse Behandlung allein bringe eine Sterblichkeit von 30 Proc., das einzig rationelle sei die rechtzeitig vorgenommene Operation, der ausgeprägte Gift- und Infectionsherd des Wurmfortsatzes müsse unterdrückt werden, bevor die unausrottbaren Folgen der Infection und Intoxication sich eingestellt haben. Nirgends komme der Satz: Sublata causa tollitur effectus, mehr zur Geltung wie bei der Behandlung der Appendicitis.

Société de Therapeutique.

Sitzung vom 25. Januar 1899.

Zur therapeutischen Anwendung des Kreosots.

Maurange empfiehlt an Stelle des Kreosots das Guajacol, welches besser ertragen werde und bei dem man nicht wie beim Kreosot erlebe, dass plötzlich Kranke, die hohe Dosen des Mittels (3,5 und 10 g) lange Zeit ohne Schaden erhalten haben, ohne erkennbare Ursache Vergiftungserscheinungen zeigen.

Burlureaux fand das Kreosot wirksamer wie das Guajacol, welches zudem ebensolche plötzliche Intoleranz zeige wie das erstere. Die Zufälle bei der Kreosottherapie beruhen übrigens niemals auf individueller Idiosyncrasie, sondern jedesmal, wenn das Kreosot schlecht vertragen werde, liegt die Ursache in einer Art Zerfallszustand des Organismus oder in dem Vorhandensein einer intercurrenten Complication, wie Neurasthenie, Climacterium. Beginnt man jedoch mit sehr kleinen Dosen, 5 Tropfen reinen Kreosots in Lavement, so kann auch in letzteren Fällen Toleranz für das Mittel erzielt werden. Immerhin ist bei der subcutanen Behandlung mit Kreosotöl, welche doppelt so wirksam wie die rectale ist, strenge ärztliche Aufsicht nöthig, um rechtzeitig bei plötzlich eintretender Intoleranz zur Hilfe zu sein. Während die Nephritis der Phthisiker keine Contraindication für hohe Dosen Kreosots ist, vielmehr in einem Falle B.'s die Albuminurie damit rasch zurückging, erklärt er das Mittel für nicht angezeigt bei Gicht, Diabetes und bei allen in der Ernährung sehr Geschwächten.

Le Gendre sieht in der Kreosottherapie grosse Schwierigkeiten für den Praktiker, empfiehlt jedenfalls grosse Vorsicht und fortgesetzte, tägliche Ueberwachung der Patienten und verwirft den subcutanen Weg der Darreichung.

Moutard-Martin hingegen, welcher in vielen Fällen Kreosotlavements von 2—8 g angewandt hat, hält die geschilderten Gefahren für übertrieben. Er erlebte bei nur mässiger Ueberwachung nie Zufälle, die Besserungen bestanden hauptsächlich in Appetit- und Gewichtszunahme. Zuweilen, wenn der Appetit wieder nachlässt, ein Gefühl von Ermüdung und Schwäche eintritt, muss man das Medicament auf 14 Tage aussetzen, dann aber die Lavements wieder aufnehmen. St.

Verschiedenes.

Laparotomien auf dem Lande. Auf S. 1478 v. Js. findet sich in einem kurzen Referat von Dr. Grassmann aus der Wien. klin. Wochenschr. die Notiz: «Laparotomien in Privathäusern hält Rydygier für ungefährlicher als in den Kliniken, wo die Infectionsgefahr, auch die durch die Luft, grösser ist.»

Hiezu möchte ich bemerken, dass ich nach meiner Erfahrung aus den letzten 3 Jahren mich voll und ganz diesem Ausspruch anschliessen kann. Ich habe in dieser Zeit in Privathäusern 17 Laparotomien ausgeführt und zwar waren die betr. Operationsräume durchaus nicht die Salons oder guten Stuben besser situirter Leute; häufig genug musste ich aus Rücksicht auf die Armuth der Leute (oberster Kamm des sächsischen und theilweise böhmischen Erzgebirges) einen Transport zu mir oder in eine Staatsanstalt unterlassen und nicht nur aus Rücksicht auf den dringlichen Fall.

Unter aseptischem und antiseptischem Verfahren habe ich in 16 Fällen keinen fieberhaften Verlauf gesehen oder sonstige Complicationen.

Der 17. Fall war eine Laparotomie wegen Peritonitis nach Darmgangraen bei einem 73jährigen Handarbeiter; völlig aussichtslos und nur auf Wunsch der Angehörigen und des Patienten selbst operirt; Exitus.

Unter diesen Laparotomien sind: Gastrotomie, Cholecystectomie, Darmresectionen, Ovarial-, Uterus-, Netztumoren, Ventrofixationen, Anlegung des Anus praeternaturalis.

Nicht als Laparotomien im obigen engeren Sinne bezeichne ich hier die Herniotomie, weder bei Bauch- noch bei Leistenhernien.

Dr. Wunderlich-Neudorf (Erzgebirge).

Galerie hervorragender Aerzte und Naturforscher. Der heutigen Nummer liegt das 90. Blatt bei: A. Socin.

Therapeutische Notizen.

Ueber Airol berichtet Tausig (Wiener medic. Presse 1898, No. 45) seine günstigen Erfahrungen im Truppenspital zu Kronstadt. Dasselbe wurde bei zahlreichen chirurgischen Fällen — Verletzungen, Geschwüren, Aetz- und Brandwunden, Phlegmonen — entweder als Pulver oder als 10proc. Salbe oder Paste angewendet und bewirkte stets durch seine ganz hervorragende austrocknende, secretionsbehindernde und granulationanregende Eigenschaft ungemein rasche Heilung bei völlig reizlosem Verlauf. Bei 30 Fällen von acuter und chronischer Gonorrhoe wurde die Harnröhre mittels eines Nélatonkatheters mit Borwasser ausgewaschen und dann mit der gewöhnlichen Tripperspritze eine Airolemulsion (Airol 10,0, Glycerin, Aq. dest. āā 50,0) eingespritzt und etwa fünf Minuten in der Harnröhre belassen. Die auf diese Weise täglich bis zum völligen Verschwinden des Ausflusses behandelten Fälle heilten in 3—10 Tagen, ohne dass Recidive oder Complicationen eintraten.

Ulcera mollia und Initialsklerosen überhäuteten sich unter Airol in kürzester Zeit. Von ganz besonders günstiger Wirkung war das Mittel bei der Behandlung der Bubonen.

Bei Otitis media suppurativa wurde eine Secretionsverminderung oder ein vollständiges Versiegen der Eiterung beobachtet; bei der Anwendung bei Augenerkrankungen (Conjunctivitis phlyctaenulosa, Ulcus corneae) ist wegen der bedeutenden Schmerzhaftigkeit der Airolapplication Cocainisirung nöthig.

Auch Boncristiani (Supplemento al Policlinico IV, No. 47) erklärt das Airol als vollwerthigen und wegen der Geruchlosigkeit vorzuziehenden Ersatz des Jodoforms. Der Autor hat das Präparat ausser bei den verschiedenartigsten Verletzungen und Geschwüren auch bei nässenden Hautkrankheiten, bei Rhinitis und diphtheritischer Conjunctivitis, bei Abscessen und Phlegmonen und bei Knochentuberculose mit gutem Erfolg verwendet. Ganz besonders aber rühmt er es als souveränes Mittel bei der eitrigen Mittelohrentzündung der Kinder. Hier wird das Airol mittels eines Tampons in den vorher wohl gereinigten und desinficirten Gehörgang eingebracht (in Pulverform oder als 25 proc. Salbe).

Meriel-Toulouse (Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie 1898, No. 95) behandelte eine heftige chronische Endometritis mit Betheiligung der rechtsseitigen Adnexe mit Intrauterinstiften aus 20,0 Airol und 10,0 salicylsaurem Methyl, in Gelatine gehüllt. Der — selbstverständlich unter antiseptischen Cautelen — eingeführte Stift blieb einen ganzen Tag liegen. Nach viertägiger Behandlung traten die Menses ein; nach ihrem Ablauf waren die Schmerzen viel geringer geworden und schwanden bald gänzlich, der Ausfluss stellte sich überhaupt nicht mehr ein, die Menstruation verlief in den folgenden 10 Monaten stets regelmässig. Der gleiche Erfolg wurde noch in zwei weiteren Fällen, darunter einer gonorrhoischen Endometritis chronica, erzielt, so dass eine weitere Prüfung des Verfahrens wohl angezeigt erscheint.

Endlich berichtet Cerato in der Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche über die Erfolge, die er mit der Anwendung von Airol bei pellagrösen Darmkatarrhen erzielt. Weder Adstringentien noch das von Lombroso empfohlene Calomel mit Opium vermögen die Pellagradiarrhöen dauernd zu bekämpfen. C. versuchte daher, nach dem Vorgange von Venuti und Barbagallo in Catania, das Airol, innerlich in Dosen von 0,3—0,4 auf 3 mal in 12 Stunden genommen, und führte damit in wenigen Tagen eine merkliche Besserung und vollständige Heilung herbei. Er erklärt daher das Airol für eines der besten Mittel gegen Pellagradiarrhoen.

Die Behandlung der Furunculose mit Bierhefe. Diese Behandlungsart stammt schon aus dem Jahre 1852, gerieth in Vergessenheit, ward im Jahre 1885 und 1894 hauptsächlich von französischen Autoren wieder empfohlen und neuerdings tritt Brocq, der bekannte Pariser Dermatologe, warm für dieses Mittel ein (Presse médicale No. 8). Er beschreibt eingehend die Geschichte seines eigenen Leidens, welches ihn Jahrelang geplagt hatte und erst durch innerliche Einnahme von Bierhefe, 2 mal täglich 1 Caffeelöffel, geheilt wurde. Nach 3—4 Tagen waren die Schmerzhaftigkeit, nach 4—5 Tagen die Entzündungserscheinungen und die Eiterung zurückgegangen, am 7. oder 8. Tage hörte die letztere ganz auf, die Furunkel vernarbten, aber die an einigen Stellen zurückbleibenden Indurationen verschwanden oft ebenso langsam, wie bei anderen Behandlungsmethoden. Unter den weiteren 50 Kranken, welche B. so behandelt hat, waren einige, welche viele Jahre an Furunculose gelitten haben und mit der Bierhefe rasch und endgiltig davon befreit worden sind; 4 der Fälle sind genauer geschildert. Am besten wird jeden Tag frisch bezogene Bierhefe benützt, diese wird ordentlich geschüttelt und mit einem Weinglas gewöhnlichen oder alkalischen Mineralwassers oder auch Bieres verdünnt, getrunken. Im Nothfalle genügt auch Bäckerhefe, von welcher ein Stück von Haselnussgrösse, in Wasser aufgelöst, zu jeder Mahlzeit genommen wird. Im Allgemeinen wechselt die Dosis je nach der Toleranz des Patienten und dem Grad des Leidens von 3—9 Caffeelöffel der flüssigen Hefe täglich. Es ist zu beachten, dass grosse Unterschiede in der Wirksamkeit der verschiedenen Hefearten bestehen und zuweilen geringe Magendarmbeschwerden, wie Aufstossen, Diarrhoe sich einstellen. Um Rückfälle zu vermeiden, soll so lange mit der Behandlung fortgesetzt werden, als noch Entzündung oder beträchtliche Induration vorhanden ist. Auch bei ausgedehnter Akne, Folliculitis und gewissen Formen von Sycosis hat B. gute, wenn auch nicht so überraschende Resultate, wie bei der Furunculose, erzielt. Er steht schliesslich nicht an, für dieselbe die Bierhefe als wirkliches, innerliches Specificum zu preisen, wie es Hg bei Syphilis und Chinin bei Malaria sei; das Mittel sei um so angenehmer, als es meist operative Eingriffe und complicirte Verbände entbehrlich mache. St.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 7. März. Am 4. ds. fand die statutenmässige Generalversammlung des Herausgebercollegiums der Münch. med. Wochenschr. für das Jahr 1899 statt. Aus dem vom Redacteur erstatteten Bericht über das Jahr 1898 geht hervor, dass auch im abgelaufenen Jahre die Wochenschrift die erfreulichsten Fortschritte gemacht hat. War schon in den letzten 14 Jahren überhaupt die Verbreitung der Wochenschrift in rascher und stetiger Zunahme begriffen, so war doch im Berichtsjahre der Zuwachs an neuen Abonnenten doppelt so gross als in irgend einem der Vorjahre. Der Umfang des Blattes hat gegenüber dem Vorjahre eine Vermehrung von über 20 Bogen erfahren. Trotz der hierdurch bedingten sehr bedeutenden Mehraufwendungen für die Herstellung des Blattes war doch in Folge der Zunahme der Auflage auch das financielle Ergebniss ein durchaus günstiges, so dass auch in diesem Jahre wieder grössere Summen für ärztliche Wohlthätigkeitszwecke bewilligt werden konnten. Durch Beschluss des Collegiums wurden überwiesen: 2000 M. dem Pensionsverein für Wittwen und Waisen bayerischer Aerzte; 1000 M. der Centralhilfscasse für die Aerzte Deutschlands; 500 M. dem Verein zur Unterstützung invalider hilfsbedürftiger Aerzte in Bayern; 500 M. dem Sterbecasseverein der Aerzte Bayerns; 250 M. für einen weiteren wohlthätigen Zweck und endlich 200 M. für den zu errichtenden «Pettenkofer-Brunnen» in München.

— Dem Rechnungsabschluss der Deutschen Heilstätte in Davos für das Jahr 1898 entnehmen wir, dass der Baufond seither auf Fr. 243 500.— angewachsen ist. Grund und Boden für die Heilstätte sind seit dem letzten Bericht unterhalb von Davos-Wolfgang in günstigster Lage erworben. In Bälde hofft man mit der Errichtung der Heilstätte zu beginnen. Angesichts der ausserordentlichen Schwierigkeiten, welchen die von Davos unternommenen Sammelversuche trotz des bestehenden Nothstandes begegnen, richtet das Comité bei diesem Anlass an die Freunde der Heilstätte die dringende Bitte, ihm mit ihrer Unterstützung zur Seite zu stehen. Zur schuldenfreien Eröffnung der Heilstätte werden, wenn der Freibettenfond nicht angegriffen werden soll, noch M. 100 000 benöthigt, die ausschliesslich durch freiwillige Beiträge aufzubringen sind.

— Geheimrath R. Koch und Stabsarzt Dr. Kohlstock von der Colonialabtheilung des Auswärtigen Amtes sind in einem Gutachten, das jetzt dem Reichstag zugegangen ist, für Errichtung eines Instituts für Tropenhygiene in Berlin eingetreten.

— Infolge Erlasses des Preussischen Ministers der pp. Medizinalangelegenheiten sollen die Medicinalbeamten angehalten werden, bei Gutachten und Attesten Fremdwörter möglichst zu vermeiden. Auch der Aerztekammerausschuss ist am 10. Februar cr. zur Aeusserung aufgefordert worden, ob und in welcher Weise eine Einwirkung auf die nicht beamteten Aerzte zu demselben Zwecke durch Vermittelung der Aerztekammer möglich sei.

— Der 27. Deutsche Aerztetag in Dresden ist nunmehr für den 21. und 22. April in Aussicht genommen.

(Hochschulnachrichten.) **Berlin.** Habilitirt: Dr. Paul Jacob und Dr. Max Rothmann für innere Medicin, Dr. Heinrich Finkelstein für Kinderheilkunde, Dr. Heinrich Grabower für Krankheiten des Kehlkopfes. — **Giessen.** An Stelle des in den Ruhestand versetzten Prof. Gaehtgens ist Prof. Dr. Julius Geppert aus Bonn als ordentlicher Professor der Arzneimittellehre berufen worden. Der Geh. Med.-Rath Eckhard, Senior der medicinischen Facultät, beging am 23. Februar sein 50jähriges Jubiläum als Doctor der Philosophie. — **Rostock.** Professor Dr. Garrè, Director der chirurgischen Klinik, hat den Ruf nach Basel abgelehnt. — **Strassburg.** In der medicinischen Facultät zu Strassburg habilitirte sich am 4. März 1899 Herr Dr. med. H. Eggeling mit einer Antrittsvorlesung über das Thema: «Die Bildung des Collostrum» für das Fach der Anatomie.

Neapel. Professor Dr. P. Castellino in Padua wurde zum ordentlichen Professor der medicinischen Pathologie ernannt. — **Paris.** Die Akademie der Medicin wählte den Professor Lister-London und den Professor Koch-Berlin nahezu einstimmig zu auswärtigen Mitgliedern. — **Pavia.** Dr. A. Monti, Professor der allgemeinen Pathologie in Palermo, wurde zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie ernannt. Habilitirt: Dr. C. Ceni für Neurologie; Dr. C. Binda für gerichtliche Medicin; Dr. C. Paderi für Materia medica und Pharmakologie. — **Prag.** Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Leopold in Dresden hat einen Ruf als ordentlicher Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an die deutsche Universität erhalten, denselben aber abgelehnt. — **Rio-de-Janeiro.** Dr. J. A. de Abreu Fialho wurde zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde ernannt. — **Rom.** Habilitirt: Dr. R. Binaghi für chirurgische Pathologie; Dr. C. Gorini für Experimentalhygiene.

(Todesfälle.) Dr. W. Rutherford, Professor der Physiologie zu Edinburgh. Dr. H. M. Tarnovsky, Director der Maternité in St. Petersburg. Dr. J. H. Etheridge, Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie am Rush Medical College zu Chicago. Dr. M. J. Saraiva, Professor der Hygiene zu Bahia.

Der Oberstabsarzt Dr. A. Wicke, Regierungsarzt in Togo, ist am 26. v. Mts., 42 Jahre alt, in Ausübung seines Berufes gestorben. Er war seit 1887 in Togo amtlich thätig, seit 1894 als Leiter des Nachtigal-Krankenhauses.

Berichtigung. In No. 8 sind zwei im Naturhistorisch-medicin. Verein in Heidelberg gemachte Mittheilungen (Bettmann und H. Kaposi) aus Versehen dem Bericht der Medicin. Gesellschaft in Magdeburg beigefügt worden; sie gehören also statt auf S. 271 auf S. 268.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat Januar 1899.

Iststärke des Heeres:
63 372 Mann, 15 Invaliden, 210 Kadetten, 122 Unteroff.-Vorschüler.

		Mann	Invaliden	Kadetten	Unteroffiziervorschüler
1. Bestand waren am 31. December 1898:		1342	2	—	2
2. Zugang:	im Lazareth:	1972	—	2	—
	im Revier:	5331	1	34	42
	in Summa:	7303	1	36	42
Im Ganzen sind behandelt:		8645	3	36	44
‰ der Iststärke:		136,4	200,0	171,4	320,6
3. Abgang:	dienstfähig:	6072	1	30	32
	‰ der Erkrankten:	948,8	1000,0	1000,0	914,2
	gestorben:	7	—	—	—
	‰ der Erkrankten:	1,09	—	—	—
	invalide:	31	—	—	—
	dienstunbrauchbar:	76*)	—	—	—
	anderweitig:	213	—	—	3
	in Summa:	6399	1	30	35
4. Bestand bleiben am 31. Jan. 1899.	in Summa:	2246	2	6	9
	‰ der Iststärke:	35,4	133,3	28,0	73,7
	davon im Lazareth:	1354	2	2	9
	davon im Revier:	892	—	4	—

*) Darunter 21 gleich bei der Einstellung.

Von den in Ziffer 3 aufgeführten Gestorbenen haben gelitten an: Lungentuberculose 1, infectiöser Knochenmark- und Knochenhautentzündung 1, Lungenentzündung 3, Bauchfellentzündung nach Blinddarmentzündung 1, Bauchfellentzündung nach Stichverletzung in der Unterbauchgegend 1; ausserdem starben 2 Mann in der Heimath (1 an Influenza und 1 an perforirendem Magengeschwür) und endeten 2 durch Selbstmord (1 durch Ertrinken, 1 durch Erschiessen).

Der Gesammtabgang durch Tod bei der Armee im Monat Januar 1899 betrug demnach 11 Mann.

Personalnachrichten.

Bayern.

Verzogen: Dr. A. Kerschensteiner von Riedenburg nach Kohlgrub (Oberbayern). Dr. Danzer von München nach Brannenburg.

Ernannt: Der praktische Arzt Dr. Ulrich Luckinger in Dietramszell zum Landgerichtsarzt in Regensburg.

Erledigt: Die Bezirksarztstelle in Neustadt a. d. Saale; Bewerber um dieselbe haben ihre vorschriftsmässig belegten Gesuche bei der ihnen vorgesetzten kgl. Regierung, Kammer des Innern, bis zum 21. März l. Js. einzureichen.

Bewilligt: Der Abschied mit der gesetzlichen Pension und der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen: Dem Generalarzt Dr. Vogl, Corpsarzt des I. Armee-Corps, unter Verleihung des Ranges als Generalmajor, dann den Regimentsärzten, Oberstabsarzt I. Classe Dr. Schrauth vom 2. Inf.-Reg und Oberstabsarzt II. Classe Dr. v. Kirchbauer vom 17. Inf.-Reg.

Abschied bewilligt: Dem Oberarzt der Reserve Dr. Adolf Brunner (I. München) behufs Uebertritts in Königlich Preussische Militärdienste.

Ernannt: Zum Corpsarzt des I. Armeecorps der Generaloberarzt Dr. Solbrig, Divisionsarzt der 1. Division, unter Beförderung zum Generalarzt; zum Divisionsarzt der 1. Division der Oberstabsarzt I. Classe Dr. Gerst, Regimentsarzt vom 2. Schweren Reiter-Reg., unter Beförderung zum Generaloberarzt; zu Regimentsärzten der Oberstabsarzt II. Classe Dr. Bürger, Garnisonsarzt von der Commandantur der Festung Germersheim, im 17. Inf.-Reg., unter Beförderung zum Oberstabsarzt I. Classe, dann die Stabsärzte Dr. Fruth, Bataillonsarzt vom Inf.-Leib-Reg. im 2. Inf.-Reg. und Dr. Hering, Abtheilungsarzt vom 1. Feld-Art.-Reg. im 2. Schweren Reiter-Reg., beide unter Beförderung zu Oberstabsärzten II. Classe; zum Garnisonsarzt bei der Commandantur Nürnberg der Stabsarzt Dr. Hofbauer, Abtheilungsarzt vom 5. Feld-Art.-Reg., unter Be-

förderung zum Oberstabsarzt II. Classe; zu Bataillonsärzten der Stabsarzt Dr. Rogner, Chefarzt vom Garnisonslazareth Lechfeld, im 16. Inf.-Reg., dann die Oberärzte Dr. Gutbier vom Eisenbahn-Bataillon im 13. Inf.-Reg., Dr. Albert vom 3. Feld-Art.-Reg. im 17. Inf.-Reg., Dr. Schmitt im 18. Inf.-Reg. und Dr. Herrmann vom 16. Inf.-Reg. im 21 Inf. Reg. diese unter Beförderung zu Stabsärzten.

Versetzt: Die Stabs- und Bataillonsärzte Dr. Wolffhügel vom 1. Inf.-Reg. in gleicher Eigenschaft zum Inf.-Leib-Reg., Dr. Fleischmann vom 21. Inf.-Reg. zum 1. Feld-Art.-Reg. und Dr. Matt vom 17. Inf.-Reg. zum 5. Feld-Art.-Reg., beide als Abtheilungsärzte, Dr. Hahn vom Inf.-Leib-Reg. als Chefarzt zum Garnisonslazareth Lechfeld; der Oberarzt Dr. Blank vom 2. Inf.-Reg. zum 1. Fuss-Art.-Reg.; die Assistenzärzte Dr. Megele vom 5. Feld-Art.-Reg. zum 3. Inf.-Reg., unter Beförderung zum Oberarzt, dann Dr. Heckenlauer vom 14. Inf-Reg. zum 9. Inf.-Reg., Hirsch vom 1. Fuss-Art.-Reg. zum 13. Inf.-Reg., Dr. Brennfleck vom 3. Inf.-Reg. zum 3. Feld-Art.-Reg. und Dr. Arneth vom 4. Inf.-Reg von Württemberg zur Reserve des Sanitätscorps.

Befördert: Zu Oberstabsärzten I. Classe die Oberstabsärzte II. Classe und Regimentsärzte Dr. Maier im 5. Inf.-Reg., Dr. Reh im 7. Inf.-Reg., Dr. Lösch im 21. Inf.-Reg., Dr. Patin im 1. Ulanen-Reg., Dr. Henle im 2. Chev.-Reg., Dr. Fikentscher im 4. Chev.-Reg. und Dr. Ludwig im 5. Chev.-Reg., sämmtliche überzählig; zu Oberärzten die Assistenzärzte Dr. Dreschfeld im 2. Inf.-Reg., Dr. Ruidisch im 11. Inf.-Reg und Dr. Schmitt im 2. Pionier-Bat., dann überzählig die Assistenzärzte Dr. Ott im 2. Inf.-Reg., Dr. Haas im 19. Inf.-Reg., Dr. Gänsbauer im 20. Inf.-Reg., Dr. Widmann im 1. Jäger-Bat., Dr. März im 2. Schweren Reiter-Reg., Dr. Morsak im 2. Chev.-Reg. und Dr. Neuner im 1. Train-Bat.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 8. Jahreswoche vom 19. bis 25. Februar 1899.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 7 (5*), Diphtherie Croup 34 (29), Erysipelas 16 (15), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (3), Kindbettfieber 1 (2), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbili 4 (3), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 6 (11), Parotitis epidem. 12 (10), Pneumonia crouposa 24 (24), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 30 (44), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 11 (10), Tussis convulsiva 36 (34), Typhus abdominalis 3 (2), Varicellen 27 (26), Variola, Variolois — (—). Summa 213 (318).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 8. Jahreswoche vom 19. bis 25. Februar 1899.

Bevölkerungszahl: 430 000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach — (—), Diphtherie und Croup 2 (1), Rothlauf — (2), Kindbettfieber 2 (1), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 1 (3), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 4 (3), Croupöse Lungenentzündung 3 (2), Tuberculose a) der Lungen 22 (35), b) der übrigen Organe 1 (5), Acuter Gelenkrheumatismus 1 (—), andere übertragbare Krankheiten 5 (5), Unglücksfälle 1 (3), Selbstmord 1 (1), Tod durch fremde Hand 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 189 (200), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 22,1 (23,4), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 14,7 (15,8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: December 1898[1]) und Januar 1899.

Regierungsbezirke bezw. Städte mit über 30,000 Einwohnern	Brechdurchfall		Diphtherie, Croup		Erysipelas		Intermittens, Neuralgia int.		Kindbettfieber		Meningitis cerebrospin.		Morbilli		Ophthalmo-Blennorrh. neonator.		Parotitis epidemica		Pneumonia crouposa		Pyaemie, Septicaemie		Rheumatismus art. ac.		Ruhr (dysenteria)		Scarlatina		Tussis convulsiva		Typhus abdominalis		Varicellen		Variola, Variolois		Zahl der Aerzte überhaupt	Zahl der betheilig. Aerzte
	D.	J.	D.	J	D.	J	D.	J	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.	D.	J.		J.
Oberbayern	163	123	262	251	110	118	48	39	15	14	1	1	154	90	39	26	84	92	204	221	14	5	177	198	3	—	41	44	205	298	11	9	218	192	—	—	833	541
Niederbay.	56	59	123	76	56	60	15	14	12	9	—	—	98	110	8	1	15	7	197	202	2	4	67	88	1	1	29	6	68	45	11	22	14	30	—	—	186	113
Pfalz	66	33	126	144	46	51	7	9	9	11	—	2	160	132	3	8	28	14	208	258	2	2	59	79	—	—	17	24	103	143	44	49	10	35	—	—	280	131
Oberpfalz	36	47	73	84	32	28	5	8	2	5	1	—	5	4	1	1	1	1	72	130	1	5	71	73	—	—	65	67	48	66	10	9	48	43	—	—	150	91
Oberfrank.	46	26	228	183	47	33	3	6	5	10	—	1	86	42	1	—	17	13	121	143	2	2	57	62	—	—	59	76	115	117	17	20	30	38	—	—	182	122
Mittelfrank.	46	56	215	192	78	80	12	13	5	1	2	3	57	15	5	3	21	12	287	277	8	1	131	103	—	1	86	68	413	301	10	12	372	321	—	—	328	207
Unterfrank.	25	20	126	130	27	37	—	—	3	6	—	2	118	98	1	—	5	2	122	124	1	1	27	24	—	—	28	50	67	55	17	32	23	44	1	—	304	122
Schwaben	74	69	137	186	68	47	15	12	3	7	1	1	13	24	2	11	18	58	214	237	7	3	118	142	—	—	19	27	24	69	14	12	34	32	—	—	285	211
Summe	512	433	1290	1246	464	454	105	101	54	63	5	10	691	515	60	50	189	199	1420	1592	37	23	707	769	4	2	344	362	1043	1094	134	165	749	735	1	—	2548	1538 ²)
Augsburg²)	13	13	9	15	9	11	2	—	—	1	—	—	5	1	—	2	2	9	44	25	—	—	21	27	—	—	2	1	5	10	1	—	10	10	—	—	61	56
Bamberg	4	5	43	32	1	—	2	1	—	—	—	—	2	—	1	—	3	15	5	6	—	—	6	—	—	—	5	1	42	27	—	—	19	3	—	—	36	16
Fürth	4	.	9	.	2	.	—	.	—	.	—	.	—	.	—	.	2	.	15	.	—	.	9	.	—	.	—	.	17	.	—	.	—	.	—	.	28	.
Kaiserslaut.	5	3	5	11	3	9	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	12	16	—	1	5	12	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	.	20	6
Ludwigshaf.	13	9	20	21	1	2	—	4	—	—	—	—	29	39	—	2	3	—	5	12	1	—	3	8	—	—	—	2	11	8	4	4	4	2	—	—	18	15
München³)	43	42	97	116	40	73	2	5	6	8	1	—	12	23	22	19	8	42	60	68	1	1	84	113	—	—	34	35	114	165	7	7	186	153	—	—	497	426
Nürnberg	15	29	67	42	32	29	6	2	1	—	—	2	3	10	3	3	5	1	55	60	2	—	51	39	—	—	21	30	348	274	4	1	331	278	—	—	119	110
Regensburg	11	14	21	26	7	12	1	5	—	1	—	—	1	—	1	1	—	—	8	19	—	2	14	17	—	—	11	16	18	22	—	—	24	17	—	—	40	33
Würzburg	8	9	16	19	3	7	—	—	1	2	—	1	—	3	—	—	—	—	19	14	—	—	3	2	—	—	8	17	7	8	4	4	6	30	—	—	83	30
Verspätet eingekommene Nachträge zur Jahresübersicht in No. 8 der Wochenschrift.																																						
Mittelfrank.	7		13		5		—		—		—		—		—		3		27		—		14		—		1		26		—		1		—			
Unterfrank.	2		5		4		1		—		—		—		—		2		24		—		5		—		—		—		—		3		—			

Bevölkerungsziffern: Oberbayern 1,186,950, Niederbayern 673,523, Pfalz 765,991, Oberpfalz 546,834, Oberfranken 586,061, Mittelfranken 737,181, Unterfranken 632,588, Schwaben 689,416. — Augsburg 81,896, Bamberg 38 940, Fürth 46,726, Kaiserslautern 40,828, Ludwigshafen 39,799, München 407,307, Nürnberg 162,386, Regensburg 41,471, Würzburg 68,747.

Einsendungen fehlen aus der unmittelbaren Stadt Fürth und den Aemtern Dingolfing, Grafenau, Neunburg v. W., Neustadt a. A., Uffenheim, Kitzingen, Lohr, Obernburg und Ochsenfurt.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser von obigen Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten:

Diphthèrie, Croup: Epidemie in Buchdorf (Donauwörth) gegen Ende des Monats abnehmend — 34 behandelte Fälle. Städte Forchheim 29, Erlangen 25, Stadt- und Landbezirke Bayreuth 32, Nördlingen 28, Schweinfurt 21, Aschaffenburg 25. Aemter München II 33 (die meisten von Wolfrathshausen), Wunsiedel 23, Hersbruck 22, Pirmasens 21, A.-G. Weiler (Lindau) 17, Gde Uchenhofen (Hassfurt) neben Scarlatina 18 gem. Fälle.

Intermittens, Neuralgia interm.: Aerztl. Bezirk Penzberg (Weilheim) 17 Fälle.

Morbilli: Fortsetzung der Epidemien in der Stadt Landshut, in den Aemtern Weilheim und Griesbach; Epidemie im Amte Schongau erloschen. Ferner Epidemie in Kusel sowie in Aschaffenburg und Umgebung (45 behandelte Fälle). Aemter Vilshofen und Pirmasens je 38, Miltenberg 30, Mühldorf 29 behandelte Fälle.

Parotitis epidemica: Fortdauer der Epidemie in Tölz und Umgebung — 22 behandelte Fälle; Epidemie in Glonn (Ebersberg) — ca. 40 Fälle, ferner häufige Erkrankungen in Ingolstadt (in den Casernements, weniger unter Kindern) und in Stadtsteinach (in der 1. Hälfte des Monats). Stadt Kempten 40 Fälle.

Scarlatina: Epidemisches Auftreten in Uchenhofen (Hassfurt) neben Diphtherie. Stadt- und Landbezirke Hof 37, Amberg 28 Fälle.

Tussis convulsiva: Fortdauer der Epidemien im ärztlichen Bezirk Penzberg (Weilheim) in gleicher Höhe und im Amte Kusel (in Wahnwegen); Epidemie ferner in Ingolstadt — 57 behandelte Fälle, sowie in Bliesmengen und Bebelsheim (Zweibrücken) und in der Stadt Donauwörth. B.-A. Ludwigshafen 38 behandelte Fälle.

Typhus abdominalis: Epidemie in Bischofsheim (Neustadt a. S.) wieder ansteigend — 19 Fälle, ferner in Etschberg (Kusel) und im Amte Staffelstein je 3, in Landau und Siebeldingen je 2 weitere Fälle. Epidemie im Arbeiterhäusercomplex der mech. Weberei bei Wunsiedel — 15 Fälle, Epidemie in Thüngen (Karlstadt) erloschen. Aemter Wolfstein 16, Zweibrücken 6, Brückenau 5 Fälle.

Varicellen: Epidemisches Auftreten in Ingolstadt, in Lauterecken (Kusel), in Mühlhof und Reichelsdorf (Schwabach) und in Luisfeld (Gerolzhofen) — hier keine ärztliche Hilfe beansprucht; Fortdauer der Epidemie in Nürnberg — 278 Fälle.

Influenza: Mehr oder minder epidemische Verbreitung wird gemeldet aus nachfolgenden Städten bezw. Bezirken: Bayreuth (246), Augsburg (199), Donauwörth (86), Nürnberg (55), Bamberg (41), Bezirksämter Dachau, Erding, Deggendof (Fortdauer in der 1. Hälfte des Monats vom Vorjahre her), Regen (im A.-G. Zwiesel), Landau i. Pf (in 2 Gemeinden), Zweibrücken (in den A.-G Blieskastel und St. Ingbert), Cham (A.-G. Furth i. W 26 Fälle, theils mit schweren Complicationen seitens der Lunge und des Gehirns), Ebermannstadt (nördl. Hälfte des Bezirkes, keine ärztliche Hilfe), Pegnitz (im Bezirk Pottenstein 32 behandelte Fälle, 9 Pneum croup. — 3 tödtlich — als Folgekrankheit, viele katarrh. Pneumonien und Anginen), Ansbach (in Neuendettelsau und Umgebung — 60 gem. Fälle), Kissingen, Neu-Ulm (in mehreren Ortschaften); ausserdem grössere oder geringere Zahlen von behandelten Erkrankungen in den Bezirken Friedberg Landsberg, Stadtsteinach u. A.

Abgesehen von den oben gegebenen nachträglich eingekommenen Anzeigen sind in der Zusammenstellung für das Jahr 1898 die nachbezeichneten Aenderungen durchzuführen, welche wegen verspäteter Zusendung der Correctur nicht mehr berücksichtigt werden konnten: Bei Parotitis ep., Königreich, lies: 2659 statt 2595; von den Pockenfällen war nach eingehenderen Erhebungen 1 in Oberbayern (Mai) nicht als solcher aufrecht zu erhalten, der in Mittelfranken (November) beruhte auf Verwechslung mit der Spalte für Varicellen. Dementsprechend ändern sich die bezüglichen Summen.

Im Interesse möglichster Vollständigkeit vorliegender Statistik wird um regelmässige und rechtzeitige Einsendungen der Anzeigen (event. Fehlanzeigen) dringend ersucht. Bezüglich des Einsendungstermines, Abschluss der Sammelkarten, Mittheilung von epidemischem Auftreten einzelner Krankheitsformen, Grenzpraxis etc. vergl. No. 6 d. Zeitschr. 1898.

Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten, welche sich im Bedarfsfalle unter Angabe der Zahl der sich betheiligenden Aerzte an das K. Statistische Bureau wenden wollen.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (No. 6/1899) eingelaufener Nachträge. — [2]) Im Monat December 1898 einschliesslich der Nachträge 1565.
[3]) 49. mit 52. bzw. 1. mit 4. Jahreswoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.